



Über die Relevanz transdiagnostischer Fertigkeiten

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)**

dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Mareike Hofmann (geb. Stumpenhorst)

geboren in Oelde

Pohlheim, April 2014

Vom Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg (Hochschulkennziffer 1080)
als Dissertation am _____ angenommen.

Erstgutachter: Prof. Dr. Winfried Rief

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Hanna Christiansen

Tag der mündlichen Prüfung: 27.05.2014

Danksagung

Ganz besonders möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Winfried Rief, bedanken. Er war für mich stets ein wichtiger Ansprechpartner, der mir mit wertvollen Ratschlägen und Ideen zur Seite stand und mich in meinem Forschungsinteresse, auch ausserhalb der Promotion, gefördert und mich geduldig motiviert hat. Sein „Marburger Modell“ ermöglichte es mir zudem, neben meiner Promotion auch meine Approbation zu erlangen. Diese Verknüpfung mit der psychotherapeutischen Tätigkeit ließ mich immer wieder im Auge behalten, wozu die psychologisch-klinische Forschung dienen soll.

Frau Prof. Dr. Hanna Christiansen möchte ich meinen Dank für die freundliche Übernahme des Zweitgutachtens dieser Arbeit aussprechen.

Weiterhin gilt mein Dank der Christoph-Dornier-Stiftung, besonders unter der Marburger Leitung von Dr. Monika Frank, welche mich in dem ersten Jahr der Promotion gefördert hat. Ich erinnere mich dankbar und mit viel Freude an die Zeit „in der Stiftung“ zurück.

Allen Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben, sei besonders gedankt! Danke auch an die Psychotherapie-Ambulanz Marburg und die drei Kliniken, an denen wir Probanden rekrutieren durften: Schön Klinik Bad Arolsen, Salus Klinik Lindow und St. Franziska-Stift Bad Kreuznach. Die Datenerhebung wurde maßgeblich auch durch unsere Diplomanden getragen: Pia, Lotta, Anne, Kathrin, Christian, Peter, Hannes, Dirk, Kristina und Swenja – Ich danke euch!

Über die ganze Zeit war es mir eine große Freude, mit Freunden in einem gemeinsamen Projekt zu arbeiten! Nikola hat es schon zu Zeiten meiner Diplomarbeit geschafft, mich für „Fertigkeiten“ zu begeistern. Sie hat mich auch während der Promotion mit wertvollen Tipps, gemeinsamen Diskussionen oder einem Glas Wein am Abend begleitet. Tobias, aus unserer „Projektgemeinschaft“ ist eine ganz wundervolle Freundschaft entstanden. Dafür und für so vieles mehr danke ich dir!

Ohne meine Freunde - Silke, Natalie, Anneke, Bettina, Svenja, Antje, Stefan und Tobias - wären die vergangenen Jahre nur halb so schön gewesen – Ich danke Euch! Sei es für die gemeinsamen Mittags- und Kaffeepausen, Fachsimpeln beim Bierchen, Korrekturlesen, geteiltes Leiden, Zerstreuungen oder die vielen schönen Abende!

Ohne die grenzenlose (oft im wahrsten Sinne des Wortes gemeinte) und uneingeschränkte Unterstützung (und Geduld) meiner Familie wäre so vieles undenkbar gewesen. Danke! Johannes, der mich auch in den Jahren der Promotion immer unterstützt, motiviert, mir den Rücken frei gehalten, abgelenkt, interessiert zugehört, bespaßt, geduldig ertragen und trotz allem geheiratet hat :) gilt mein tiefster Dank und vieles mehr!

Zusammenfassung

In der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Forschung und Praxis finden sich seit einigen Jahren wieder vermehrt transdiagnostische Ansätze. Diese fokussieren auf Mechanismen, welche an der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen beteiligt sind. Auch Fertigungsdefizite lassen sich zu ihnen zählen. Sie sind verbunden mit einer erhöhten Psychopathologie und gehen mit Belastung und Beeinträchtigung einher. Besonders bei Vorliegen komorbider Störungen ergänzen Interventionen zur Förderung von Fertigkeiten – ambulant wie stationär – störungsspezifische Ansätze.

So existieren bereits diverse Studien, welche die Relevanz einzelner Fertigkeiten für einzelne Störungen untermauern, jedoch fehlte es bislang an Untersuchungen, die verschiedene Fertigkeiten gemeinsam erfasst und ihre relative Bedeutung zueinander simultan analysiert haben. Das vorliegende Dissertationsprojekt schließt diese Lücke, indem fünf Fertigkeiten (Problemlösen, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Stressbewältigung, Entspannungsfähigkeit) sowie Selbstwert und Selbstwirksamkeit¹ mit einer einheitlichen Methode erfasst und gemeinsam analysiert wurden. Die Stichprobe bestand aus ambulanten und stationären Patienten unterschiedlicher Diagnosen und Anzahl komorbider Störungen.

In Studie 1 (Hofmann, Fehlinger, Stenzel, & Rief, 2014a) wurden erstmalig ambulante vs. stationäre Patienten hinsichtlich verschiedener Fertigkeiten verglichen. Stationäre Patienten weisen hierbei eine geringer ausgeprägte Fertigkeit zur Stressbewältigung (v.a. bei Erschöpfung) auf, während keine signifikanten Unterschiede in den anderen Bereichen erkennbar sind.

In der zweiten Studie (Hofmann, Fehlinger, Stenzel, & Rief, 2014b) konnte die Annahme der transdiagnostischen Bedeutung mehrerer Fertigkeiten simultan für Angststörungen vs. Depressionen bestätigt werden. Ferner wurde gezeigt, dass mit steigender Anzahl der Komorbiditäten Fertigungsdefizite stärker in den Vordergrund rücken.

Die dritte Studie (Hofmann, Fehlinger, Stenzel, & Rief, 2014c) betont die transdiagnostische Relevanz von Fertigkeiten sowie deren Verbesserungen, als bedeutende Determinanten der Beeinträchtigung von Patienten.

Insgesamt unterstreichen die drei Studien die herausragende Bedeutung verschiedener Fertigkeiten als transdiagnostische Konstrukte. Ihre simultane Analyse ermöglicht ein differenzierteres Bild und liefert somit erste Erkenntnisse zur Relevanz einzelner Fertigkeiten in direkter Relation zu anderen Fertigungsbereichen. Dies hat nicht zuletzt große praktische Bedeutung und ermöglicht neue Perspektiven einer gezielteren transdiagnostischen Therapieplanung.

¹ Nachfolgend werden die hier genannten Konstrukte unter dem Mantelbegriff „Fertigkeiten“ zusammengefasst.

Summary

During the last years, transdiagnostic interventions have been increasingly found in cognitive-behavioral research and practice. In contrast to disorder-specific approaches, they focus on certain processes that are associated with different mental disorders and influence their pathogenesis and course. These approaches also include transdiagnostic-relevant skills. Skill deficits are related to increased psychopathology as well as burden and disability. Particularly in the case of comorbidity, skill training complements – in out-patient as well as in in-patient settings – disorder-specific approaches.

Up to now, studies examining different skills in order to simultaneously analyze their relative importance to each other are lacking. The present dissertation project fills this gap by examining five skills (problem solving, emotion regulation, social competence, stress management, and relaxation ability) as well as self-esteem and self-efficacy² by one structured method. The sample consisted of in- and out-patients of various disorders and comorbidity.

The first study (Hofmann, et al., 2014a) compared in- vs. out-patients at the beginning of a cognitive-behavioral psychotherapy regarding several skills. The difference between the two groups is smaller than a priori assumed: In-patients only have a lower ability to manage stress (mainly in the management of exhaustion).

Study 2 (Hofmann, et al., 2014b) confirmed the transdiagnostic claim of skills for anxiety vs. depressive disorders. Further, the initial assumption of greater skill deficits in patients with more than one diagnosis was corroborated. Moreover the effect depends moreover on the number of diagnoses.

The third study (Hofmann, et al., 2014c) supports the relationship between skills and disability, even when controlling for psychopathology. Moreover, in a longitudinal design, results showed the relevance of improvements in self-esteem for disability after therapy.

Overall, the studies highlight the relevance of skills as transdiagnostic constructs. The simultaneous examination and analysis enables a more differentiated picture of the relative relevance of skills in comparison to each other. This is of great practical importance and enables new perspectives on an individualized transdiagnostic therapy planning.

² Hereinafter we use the umbrella term “skills” to refer to all the seven constructs.

Inhaltsverzeichnis

1	Theoretischer Hintergrund	1
1.1	Transdiagnostische Ansätze	1
1.2	Fertigkeiten	3
1.2.1	Problemlösen	3
1.2.2	Emotionsregulation	4
1.2.3	Soziale Kompetenz	5
1.2.4	Stressbewältigung	6
1.2.5	Entspannungsfähigkeit	6
1.2.6	Selbstwirksamkeit	7
1.2.7	Selbstwert	8
1.3	Das Interview zur operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik (OFD)	9
2	Darstellung und Zielsetzung des Dissertationsvorhabens	10
3	Zusammenfassung der Untersuchungen	11
3.1	Artikel 1	11
3.2	Artikel 2	13
3.3	Artikel 3	16
3.4	Buchkapitel	18
4	Diskussion	18
	Literaturverzeichnis	24
	Anhang	37
	Anhang A: Buchkapitel	38
	Anhang B: Artikel 1	49
	Anhang C: Artikel 2	58
	Anhang D: Artikel 3	82
	Anhang E: Eidesstattliche Erklärung	104

1 Theoretischer Hintergrund

Den theoretischen Hintergrund dieser Studie bildet ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu transdiagnostischen Ansätzen in der Psychotherapie. Im Mittelpunkt stehen hierbei Fertigkeiten als spezifische transdiagnostische Konzepte sowie deren Erfassung mittels des Interviews zur operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik (OFD).

1.1 Transdiagnostische Ansätze

Die Annahme, dass verschiedenen psychischen Störungen gemeinsame Prozesse zugrunde liegen, die deren Entstehung und Aufrechterhaltung beeinflussen, hat ihren Ursprung in den frühen 1960er Jahren (Ellis, 1962). Diese ersten transdiagnostischen Ansätze sind jedoch in den darauffolgenden Jahren zugunsten immer störungsspezifischer werdender Manuale und Betrachtungsweisen in den Hintergrund gerückt. Für die Effektivität störungsspezifischer Behandlungen im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie konnte eine Vielzahl an Wirksamkeitsbelegen erbracht werden (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994; Nathan & Gorman, 2007; Norton & Price, 2007; Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, 2000). Dennoch stößt ein rein störungsspezifisches Vorgehen auch auf Grenzen. Zum einen weist eine Reihe von Untersuchungen darauf hin, dass nicht alle Patienten in einem befriedigenden Maße von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren (Jacobi, Uhlmann, & Hoyer, 2011; Spitzer et al., 2012). Zum anderen sind in der klinischen Praxis häufig viele Komorbiditäten anzutreffen (Kessler et al., 2005; Mueser & Drake, 2007), was ein ausschließlich störungsspezifisches Vorgehen bei der Behandlung erschwert. Zwischen manchen Störungen scheinen überdurchschnittlich häufig Komorbiditäten zu bestehen, wie z.B. zwischen Angststörungen und Depression (Brown & Barlow, 2009; Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Middeldorp, Cath, van Dyck, & Boomsma, 2005). Diese Beobachtungen führten zur Suche nach Mechanismen, welche den Aspekt der Komorbidität berücksichtigen (Ehring & Watkins, 2008; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2008; Norton, Hayes, & Springer, 2008).

Infolgedessen beschäftigt sich die Psychotherapieforschung seit mehreren Jahren erneut und mit wachsendem Interesse mit transdiagnostischen Konstrukten. Im Gegensatz zu den störungsspezifischen Ansätzen und Interventionen können sie nicht nur einer spezifischen psychischen Störung zugeordnet werden, sondern besitzen Relevanz für mehrere Diagnosegruppen (z.B. Harvey, et al., 2004). In der Literatur werden sehr verschiedene Formen

von Überschneidungen zwischen psychischen Störungsbildern diskutiert, darunter Symptome bzw. Syndrome wie z.B. Schlafstörungen (Harvey, Murray, Chandler, & Soehner, 2011), Persönlichkeitsstile wie z.B. Perfektionismus (Egan, Wade, & Shafran, 2011), interpersonelle Probleme (McEvoy, Burgess, Page, Nathan, & Fursland, 2013), kognitive Faktoren wie z.B. negatives Denken (Ehring & Watkins, 2008), Rumination (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011) oder Selbstaufmerksamkeit (Harvey, et al., 2004). Viele Autoren kommen gar zu dem Schluss, dass die Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen psychischen Störungen gegenüber den Unterschieden überwiegen (Barlow, Allen, & Choate, 2004; McEvoy, Nathan, & Norton, 2009). Aufgrund ihrer hohen gegenseitigen Komorbidität sowie der Annahme gemeinsamer zugrunde liegender Strukturen werden beispielsweise Angststörungen und affektive Störungen unter dem englischen Begriff „emotional disorders“ zusammengefasst (siehe z.B. Barlow, et al., 2004). Barlow (2004) geht in seinem Modell der „triple vulnerabilities“ davon aus, dass alle Krankheitsbilder der Emotionalen Störungen von denselben Faktoren gesteuert werden (maladaptive kognitive Bewertungen, maladaptive Emotionsregulation und emotionale Vermeidung).

Entsprechend der Annahme, dass gewissen Störungsbildern gemeinsame ätiologische Faktoren und aufrechterhaltende Mechanismen zugrunde liegen, fokussieren transdiagnostische Therapieansätze auf diese Überschneidungen. Dies hat in der Praxis vor allem in Anbetracht der großen Anzahl von Komorbiditäten große Relevanz. Barlow, Ellard, et al. (2011) und Barlow, Farchione, et al. (2011) entwickelten beispielsweise ein transdiagnostisches Therapieprogramm für emotionale Störungen (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; UP). Untersuchungen belegten, dass sich bei der Behandlung der Primärdiagnose mit transdiagnostischen Interventionen auch die Ausprägung der Sekundärdiagnose verringerte oder diese gar remittierte (z.B. PTBS und Depression: Blanchard et al., 2003; Angst und Depression: Brown, Antony, & Barlow, 1995; Norton, Hayes, & Hope, 2004). Ein Überblick über Therapieprogramme, in denen transdiagnostische Aspekte eine Rolle spielen, findet sich bei Mansell und Kollegen (2009). Zu einigen Interventionen im Rahmen von Präventionsprogrammen siehe Dozois et al. (2009). Für transdiagnostische Interventionen kommen vor allem diejenigen Konzepte in Betracht, welche sich neben ihrer Relevanz für eine Vielzahl von psychischen Störungen auch durch ihre Veränderbarkeit bzw. praktische Erlernbarkeit auszeichnen. Zu derartigen Konzepten zählt auch das der Förderung von Fertigkeiten, welches im folgenden Kapitel 1.2 thematisiert wird.

1.2 Fertigkeiten

Stenzel et al. (2013) definieren Fertigkeiten als „erlernte oder erworbene Anteile des Verhaltens, die durch Übung oder neue Erfahrungen verändert werden können“.³

Defiziten in Fertigkeiten ist gemein, dass sie mit verschiedenen psychischen Störungsbildern in Verbindung gebracht werden und deren Entwicklung und Verlauf negativ beeinflussen können (Berkling, Orth, Wupperman, Meier, & Caspar, 2008; Burt, Obradovic, Long, & Masten, 2008; Dozois, et al., 2009). Eine große Anzahl von Studien belegt den Zusammenhang zwischen einzelnen Fertigkeiten und spezifischen psychischen Störungen (siehe hierzu auch Kapitel 1.2.1 bis 1.2.7). Ergänzend hierzu weisen aktuelle Studien darauf hin, dass Fertigkeitsdefizite psychischen Störungen auch zeitlich vorausgehen und nicht nur deren Folge im Sinne eines Symptoms sein können (Berkling & Grawe 2005; Berkling, Orth, et al., 2008).

In Übereinstimmung mit der grundsätzlichen Veränderbarkeit von Fertigkeiten sowie ihrer Bedeutung für die Psychopathologie existieren einige Interventionen zur Förderung von Fertigkeiten. Sie kommen sowohl in Form von einzelnen Interventionen im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen als auch in Form von eigenständigen Interventionsprogrammen, in Gruppen- wie auch in Einzel-Psychotherapien, im ambulanten gleichermaßen wie im stationären Behandlungssetting zum Einsatz.

Basierend auf ihrer Therapierelevanz wurden von Stenzel und Kollegen fünf Fertigkeiten als Inhaltsbereiche für die Konstruktion eines Interviews zur operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik (OFD; Stenzel, Krumm, & Rief, 2010; Stenzel & Rief, 2011; siehe auch Kapitel 1.3) ausgewählt: Problemlösen, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Stressbewältigung und Entspannungsfähigkeit. Zudem werden hierbei Selbstwirksamkeit und Selbstwert als ebenfalls transdiagnostisch therapie- und störungsrelevante Konstrukte erfasst. Da diese sieben Bereiche im Rahmen der vorliegenden Arbeit im Fokus stehen, werden sie im Folgenden überblicksartig dargestellt.

1.2.1 Problemlösen

In Anlehnung an D`Zurilla und Nezu (2010) wird Problemlösen charakterisiert als Prozess, bei dem ein Individuum im (sozialen) Kontext versucht, Lösungen für ein spezifisches Problem des alltäglichen Lebens zu finden.

Defizite in Problemlösekompetenzen spielen als Mediator und Moderator eine wichtige Rolle in der Beziehung zwischen negativen Lebensereignissen als einer Kategorie von

³ Im englischen Original: „learned or acquired behaviours that can be changed through practice or new experiences“. Übersetzung durch die Verfasserin.

Problemen des alltäglichen Lebens und Wohlbefinden (D'Zurilla & Nezu, 2007). Bereits frühere Arbeiten vermuteten einen Zusammenhang zwischen Problemlösen und Psychopathologie (Beck, 1976; Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; D'Zurilla & Nezu, 2010; Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1988). Auch finden sich direkte Zusammenhänge zwischen Problemlösedefiziten und einer Reihe psychischer Störungen wie z.B. Persönlichkeitsstörungen (McMurran, Duggan, Christopher, & Huband, 2007), Angst und Depression (Dixon, Heppner, & Anderson, 1991; Haaga, Fine, Terrill, Stewart, & Beck, 1995; Marx, Williams, & Claridge, 1992; McMurran & Christopher, 2009), Essstörungen (VanBoven & Espelage, 2006), Schizophrenie (Bellack, Sayers, Mueser, & Bennett, 1994) sowie erhöhter Suizidalität (Dixon, Heppner, & Rudd, 1994).

Interventionen zur Steigerung der Problemlösekompetenz finden sich sowohl im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren (D'Zurilla & Goldfried, 1971) als auch in Form spezifischer Trainingsansätze (D'Zurilla & Nezu, 2010; Mynors-Wallis, 2005; siehe auch Stumpenhorst & Berking, 2013, Anhang A). Mittlerweile kann das Problemlösetraining als wirksame effektive und etablierte Technik in der Verhaltenstherapie gelten (z.B. Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; für eine Übersicht: D'Zurilla & Nezu, 2010).

1.2.2 Emotionsregulation

Im Allgemeinen wird mit dem Begriff Emotionsregulation (Überblick bei Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Koole, 2009) die Gesamtzahl der Prozesse verstanden, die an der Überwachung, der Überprüfung sowie der Änderung emotionaler Reaktionen beteiligt sind (siehe auch Gross & John, 2003; Sloan & Kring, 2007).

Das Gebiet der (dys-)funktionalen Regulation von Emotionen ist in den letzten Jahrzehnten vermehrt erforscht worden und hat zunehmend auch an klinischer Bedeutung gewonnen (Bridges, Denham, & Ganiban, 2004; Cole, Martin, & Dennis, 2004; Goldstein, 2010). So können nicht ausreichend bzw. dysfunktional regulierte Emotionen Merkmale spezifischer psychischer Störungen sein (z.B. Angst bei Angststörungen) oder als deren Hauptproblematik angesehen werden. Mit dem Begriff emotionale Störungen werden psychische Störungsbilder gekennzeichnet, die durch eine maladaptive Emotionsregulation bedingt werden, wie beispielsweise Depression und Angststörungen (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Gross & Munoz, 1995; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007). Doch auch bei einer Vielzahl anderer Störungen gelten Defizite der Emotionsregulation als bedeutender Faktor in der Ätiologie und Aufrechterhaltung (z.B. Essstörungen: Fairburn et al., 1995; McCarthy, 1990; Polivy & Herman, 1999; Alkoholabhängigkeit: Sher & Grekin, 2007; Tice, Bratslavsky, &

Baumeister, 2001; PTBS: Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; ADHS: Barkley, 1997; Vaidya, Bunge, Dudukovic, & Zalecki, 2005; für einen Überblick siehe auch Barnow, 2012). Inzwischen gibt es deutliche Hinweise, dass Emotionsregulationsdefizite psychischen Störungen auch zeitlich vorausgehen können (Berking & Grawe 2005; Berking, Orth, et al., 2008). Eine funktionale Emotionsregulation hingegen ermöglicht es, adaptiv und flexibel auf emotionsauslösende Situationen zu reagieren und Anspannungen in einem angemessenen Rahmen zu halten (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995), und geht mit psychischer Gesundheit, sozialer Einbettung und beruflicher Zufriedenheit einher (Übersicht in John & Gross, 2004).

Vor dem Hintergrund dieser Vielzahl von Zusammenhängen haben sich in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Praxis Interventionen zur Vermittlung adaptiver Emotionsregulationsstrategien etabliert (z.B. Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich, & Barlow, 2010; Mennin & Fresco, 2010). Manche transdiagnostisch angelegte Trainingsprogramme beziehen sich darüber hinaus sogar ausschließlich auf Emotionsregulation (z.B. Barlow, et al., 2004; Berking, 2008; siehe auch Stumpenhorst & Berking, 2013, Anhang A).

1.2.3 Soziale Kompetenz

Kanning (2002) beschreibt sozial kompetentes Verhalten als „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird“ (S. 155). Darüber hinaus versteht er unter sozialer Kompetenz die „Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität des Sozialverhaltens, im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens, fördert“ (S. 155).

Defizite sozialer Kompetenzen werden mit verschiedenen psychischen Störungsbildern in Verbindung gebracht, wie beispielsweise Schizophrenie (Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson, & Jeste, 2001), soziale Phobie (Wenzel, Graff-Dolezal, Macho, & Brendle, 2005), Depression (Segrin, 2000) oder Essstörung (Mallinckrodt, McCreary, & Robertson, 1995). Bereits in Lewinsohns Depressionsmodell (1975) wird die Annahme postuliert, dass Defizite der sozialen Kompetenz zu einem Verlust der Verstärkung durch die soziale Umwelt führen, was wiederum zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beiträgt.

Personen hingegen, welche über gut ausgeprägte soziale Kompetenzen verfügen, erfahren u.a. größere soziale Unterstützung (Riggio & Zimmerman, 1991), weisen ein gesteigertes Selbstwertgefühl (Buhrmester, Furman, Wittenberg, & Reis, 1988) sowie weitere psychische Ressourcen wie Hoffnung, Zufriedenheit und Selbstwirksamkeitserleben auf (Segrin & Taylor, 2007).

Erste Ansätze, soziale Kompetenzen systematisch zu trainieren, wurden bereits Mitte des letzten Jahrhunderts entwickelt (Salter, 1949). Inzwischen hat sich eine Reihe evidenzbasierter Trainingsmanuale zur Förderung sozialer Kompetenzen etabliert (z.B. Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK); Hinsch & Pfingsten, 2007; Assertiveness Training Program (ATP); Ullrich & Ullrich de Muynck, 2001, 2003, 2004; siehe auch Stumpenhorst & Berking, 2013, Anhang A).

1.2.4 Stressbewältigung

Stress, dessen Definition ursprünglich auf Selye (1950) zurückgeht, sowie auch dessen Bewältigung können als breite und heterogene Konstrukte betrachtet werden. Die von Lazarus und Folkman (1984) vorgeschlagene Definition von Stressbewältigung („Coping“) bezieht sich auf alle Anstrengungen (kognitiv wie verhaltensbezogen) einer Person, die der Bewältigung externer und interner Anforderungen dienen, welche von dem Individuum als beanspruchend oder überfordernd wahrgenommen wird.

In einer Vielzahl von Erklärungsmodellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen wird (chronischer) Stress eine bedeutende Rolle zugeschrieben (siehe auch „Transaktionales Stressmodell“; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Folkman und Kollegen (1986) zeigten schon in den 1980er Jahren, dass die kognitive Bewertung und das Coping einer Person als Mediator zwischen Stressoren und allgemeinem Wohlbefinden fungieren können. Eine unzureichende Fähigkeit, Stress zu bewältigen, findet sich somit im Zusammenhang mit verschiedenen psychischen Störungen (z.B. Panikstörung: Zvolensky, Kotov, Antipova, & Schmidt, 2005; Schizophrenie: Jones & Fernyhough, 2007; chronische Schmerzstörungen und Depressionen: Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2001).

Eine Reihe von Interventionen zur besseren Bewältigung von Stress versucht sich dieser Probleme anzunehmen (für einen Überblick siehe: Kaluza, 2006; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001). Auch hier finden sich sowohl einzelne transdiagnostische Interventionen als auch spezifische Interventionsprogramme zur Stressbewältigung (Kaluza, 2011), welche zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und einer Reduktion der empfundenen Belastung führen können (Kaluza, 1998, 1999). Längsschnittliche Untersuchungen, beispielsweise zu Depressionen und Angststörungen, belegen zudem den präventiven Wert von Stressbewältigung (Dozois, et al., 2009).

1.2.5 Entspannungsfähigkeit

Gemäß Birbaumer (1998; S. 227) wird Entspannung definiert als ein „kurzfristiger oder länger anhaltender Zustand reduzierter metabolischer, zentralnervöser und bewusster Aktivität“. Auf subjektiver Ebene geht Entspannung mit einem Gefühl von Beruhigung, Gelöstheit, Ruhe

und Wohlbefinden einher (Petermann, 1996). Entspannungsfähigkeit kann als die Fertigkeit einer Person begriffen werden, diesen Zustand aktiv herbeizuführen.

Betrachtet man Entspannung über ihr Antonym Anspannung, so wird deutlich, dass eine mangelnde Fähigkeit zur Entspannung in Zusammenhang zu vielen psychischen, somatischen und psychosomatischen Beschwerdebildern gebracht werden kann. Verfahren zur Förderung der Entspannungsfähigkeit finden somit transdiagnostischen Einsatz. Meist werden Verfahren wie progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training in Kombination mit störungsspezifischen Verfahren eingesetzt (Klein-Hessling, Lohaus, Eichler, & Hinzmann, 1999). Derartige Trainingsmethoden können sich positiv auf die psychopathologische Belastung auswirken und das Wohlbefinden steigern (siehe z.B. Jain et al., 2007). Nachweise ihrer transdiagnostischen Wirksamkeit finden sich unter anderem für Depression und Angst (Erickson, Janeck, & Tallman, 2007; McEvoy & Nathan, 2007; Stetter & Kupper, 2002), chronische Schmerzstörungen, Schlafstörungen, generalisierte Angststörung und Panikstörung (Arntz, 2003; Grawe, et al., 1994; Öst & Westling, 1995).

Im Folgenden werden zwei Bereiche vorgestellt, die nicht den Fertigkeiten im klassischen Sinne als erworbene Verhaltensanteile zugeordnet werden können: Selbstwirksamkeit und Selbstwert. Bei beiden handelt es sich eher um Persönlichkeitsdimensionen oder Selbstrepräsentationen (vgl. Konzept der Core-Self-Evaluations: Judge, Erez, & Bono, 1998). Sie erwiesen sich als stabiler und damit schwerer veränderbar als Fertigkeiten (Costa & McCrae, 1994), stellen jedoch ebenso transdiagnostische therapie- und störungsrelevante Konstrukte dar. Neben den bereits beschriebenen fünf Fertigkeiten stehen die zwei Bereiche im Fokus der vorliegenden Dissertation. In Anlehnung an das Interview zur Operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik (OFD; Stenzel, Krumm, & Rief, 2010; Stenzel & Rief, 2011; siehe auch Kapitel 1.3). werden sie der Einfachheit halber im Folgenden mit unter dem Mantelbegriff „Fertigkeiten“ subsumiert.

1.2.6 Selbstwirksamkeit

Unter Selbstwirksamkeit wird häufig die individuelle, und damit unterschiedlich ausgeprägte, Überzeugung verstanden, in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen zu können (vgl. Bandura, 1997). Situationsübergreifend lässt sich Selbstwirksamkeit als „subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2002, S. 521), beschreiben.

Bei Personen mit einer gut ausgebildeten Selbstwirksamkeitserwartung wird diese zumeist als Ressource betrachtet (Weber, 2002), da sie beispielsweise adaptives Verhalten begünstigt. So setzen sich diese Personen höhere Ziele und strengen sich stärker an, diese Ziele zu erreichen (Renner, 2003). Eine gering ausgeprägte Erwartung, Anforderungen bewältigen zu können, führt unter anderem zu Vermeidungsverhalten, wodurch die Selbstwirksamkeit in Wechselwirkung noch weiter sinkt. So ist es nicht verwunderlich, dass sich Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit als begünstigender und/oder aufrechterhaltender Faktor und einer Reihe von psychischen Störungen aufzeigen lassen (z.B. Schmerz/-störung: Brister, Turner, Aaron, & Mancl, 2006; Denison, Asenlof, & Lindberg, 2007; Angststörungen: Gallagher et al., 2013; Suchterkrankungen: Engels, Wiers, Lemmers, & Overbeek, 2005; Johann, Bobbe, Franke, & Wodarz, 2003; Depressionen: Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2000).

Zwar gilt die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung als eine relativ stabile Persönlichkeitsdimension (vgl. Schwarzer, 1994), sie ist jedoch nicht unveränderlich. Aufgrund der großen Relevanz der Selbstwirksamkeit für die Psychopathologie finden sich im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze inzwischen einige Komponenten zur direkten oder indirekten Förderung der Selbstwirksamkeit von Patienten (Belanger, Morin, Bastien, & Ladouceur, 2005; Schneider & Rief, 2007).

1.2.7 Selbstwert

Selbstwert lässt sich als globales, evaluatives Konstrukt verstehen, welches sich kurz als Summe positiver Selbstbewertungen beschreiben lässt (Schütz & Sellin, 2006).

Das Konstrukt des Selbstwertes besitzt einen zentralen Stellenwert innerhalb der klinischen Psychologie. Hierbei wird ein hoher Selbstwert meist als wünschenswert betrachtet (Ausnahme z.B. Narzissmus/Narzisstische Persönlichkeitsstörung), da er mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden zusammenhängt (Jacob & Potreck-Rose, 2004; Kanning, 2000) und protektiv wirken kann (Schütz, 2003). Ein verringerter Selbstwert hingegen korreliert mit vielen psychischen Störungen bzw. Symptomen. Besonders enge Zusammenhänge finden sich zu depressiven Erkrankungen (Jacob & Potreck-Rose, 2004), aber auch zu folgenden Störungsbildern gibt es Befunde über einen negativen Zusammenhang: Schizophrenie (Werner, Aviv, & Barak, 2008), Zwänge und Ängste (Ehnholt, Salkovskis, & Rimes, 1999; Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991), Essstörungen (Egger, Lechner, & Freidl, 1997), Suchtprobleme (Pedersen, Hsu, Neighbors, Lee, & Larimer, 2013; Zimmerman, Copeland, Shope, & Dielman, 1997) u.v.a.m. Die Stärkung des Selbstwertes wird in einer Befragung von Ambühl und Orlinsky (1999) Therapieschulen übergreifend als wichtigstes Ziel von

Psychotherapie gesehen. Demzufolge sind Interventionen zur Stärkung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls Bestandteil vieler transdiagnostischer Programme und Behandlungen.

1.3 Das Interview zur operationalisierten Fertighkeitsdiagnostik (OFD)

Für die strukturierte Erfassung der oben genannten Fertigkeiten (Problemlösen, soziale Kompetenz, Stressbewältigung, Emotionsregulation, Entspannungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Selbstwert) kann das Interview zur operationalisierten Fertighkeitsdiagnostik (OFD; Stenzel, et al., 2010; Stenzel & Rief, 2011) eingesetzt werden. Jede Fertigkeit wird anhand von drei bis fünf Subskalen erfasst (z.B. Emotionsregulation: (1) Schwierigkeiten zielgerichtetes Verhalten auszuführen, (2) Gefühle identifizieren und benennen, (3) Zugang zu Strategien zur Emotionsregulation, (4) Emotionaler Ausdruck, (5) Fehlende Akzeptanz der Emotionen). Die einzelnen Fertigkeiten hängen zum Teil substantiell zusammen, sind jedoch nicht deckungsgleich (Stenzel, et al., 2010). Die faktorielle Validität des Interviews bestätigen konfirmatorische Faktorenanalysen (Stenzel, et al., 2010).

Das herausragende Merkmal dieses Interviews ist, dass verschiedene Fertigkeiten simultan mit einer Methode erfasst werden können. Jede Fertigkeit wird in vier verschiedenen Lebensbereichen erfasst: Hauptbezugspersonen, weiteres soziales Umfeld, Ausbildung und Beruf sowie selbstständige Lebensführung. Bei der Durchführung werden dem Probanden zunächst Beispielsituationen vorgegeben und er beschreibt, wie er sich in dieser Situation verhalten würde. Die Angemessenheit des beschriebenen Verhaltens in Bezug auf die jeweilige Dimension wird vom Interviewer anhand von Verhaltensankern auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet. Die Einschätzung anhand der Verhaltensanker wird durch konkrete Beispiele für die Stufen 1, 3 und 5 der Skala (1=geringe, 5=hohe Ausprägung der Fertigkeiten) erleichtert. Dies trägt zudem zur Auswertungsobjektivität des Interviews bei. Klinische und nicht-klinische Studien bestätigen die gute Reliabilität sowie Änderungssensitivität und Beurteilerübereinstimmung des OFD (Stenzel & Rief, 2011). Somit kann festgehalten werden, dass das OFD als Messinstrument zur Erforschung klinisch-psychologischer Fragestellungen im Zusammenhang mit Fertigkeiten eingesetzt werden kann. Daher bildet es auch als Erhebungsinstrument die Grundlage für alle, im Folgenden ausführlicher dargestellten Studien der vorliegenden Dissertation.

2 Darstellung und Zielsetzung des Dissertationsvorhabens

Vorausgehend wurde dargelegt, dass Fertigkeiten als transdiagnostisch relevant begriffen werden können, da sie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen eine bedeutende Rolle spielen. Sie sind verbunden mit einer erhöhten Psychopathologie und gehen mit Belastung und Beeinträchtigung einher. Entsprechende Interventionen zur Reduktion von Fertigungsdefiziten finden sich inzwischen in vielen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Settings – ambulant wie stationär.

Mit der Entwicklung des Interviews zur operationalisierten Fertigungsdiagnostik wurde eine wichtige diagnostische Lücke geschlossen, die nun auch die gemeinsame Betrachtung mehrerer Fertigkeiten ermöglicht. Darüber hinaus bietet das OFD durch seine Konstruktion als Fremdbeurteilungsinstrument die Möglichkeit der Fremdeinschätzung durch einen klinisch erfahrenen Interviewer. Die sieben im Rahmen des OFD erfassten Fertigkeiten (Problemlösen, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Stressbewältigung, Entspannungsfähigkeit, Selbstwert, Selbstwirksamkeit) stehen im Fokus der vorliegenden Dissertation.

Die in Kapitel 1 dargestellten Studien zu den Zusammenhängen zwischen Fertigkeiten und der Psychopathologie bzw. der Beeinträchtigung von Patienten ließen Untersuchungen vermissen, welche verschiedene Fertigkeiten gemeinsam erfassen und ihre relative Bedeutung zueinander simultan analysieren. Entsprechend blieben folgende Fragen bislang unbeantwortet: Welche Fertigungsdefizite sollten bei welchen Diagnosen vordringlich behandelt werden? Lassen sich bei einem simultanen Vergleich mehrerer Fertigkeiten überhaupt Unterschiede in der relativen Bedeutung der Fertigkeiten in Abhängigkeit von der Psychopathologie finden? Gibt es Unterschiede in Abhängigkeit vom Behandlungssetting? Welche Fertigungsdefizite tragen besonders zur Beeinträchtigung bei? Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation sollen Defizite bisheriger Arbeiten ausgleichen, Anregungen für weitere Forschungsfragen geben und Implikationen für die klinische Praxis ermöglichen.

Artikel 1 untersuchte erstmalig in einem querschnittlichen Studiendesign mögliche Unterschiede ambulanter und stationärer Patienten zu Beginn einer kognitiven Verhaltenstherapie hinsichtlich verschiedener Fertigkeiten. Die Untersuchung liefert somit ergänzende Erkenntnisse zur deskriptiven Unterschiedlichkeit dieser beiden Gruppen und ermöglicht praktische Implikationen zur Förderung einzelner Fertigkeiten.

Artikel 2 überprüft den transdiagnostischen Anspruch, welcher vielfach an Fertigkeiten gestellt wird. Hierzu wurden erstmalig Patienten mit einer Angst- bzw. depressiven Störung hinsichtlich ihrer Fertigkeiten verglichen. Darüber hinaus wurde die Fragestellung untersucht, ob

sich Unterschiede in den Fertigungsprofilen mit steigender Anzahl der Diagnosen (Komorbiditäten) ergeben.

Artikel 3 stellt Ergebnisse zu Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen Fertigkeiten und der Beeinträchtigung der Patienten dar. Der querschnittliche Ansatz wurde um ein längsschnittliches Design ergänzt, mithilfe dessen die Frage geklärt werden konnte, ob Fertigungsverbesserungen im Rahmen einer Therapie mit einer Verringerung der Beeinträchtigung am Therapieende einhergehen.

3 Zusammenfassung der Untersuchungen

Es folgen die Zusammenfassungen der im Rahmen dieser Dissertation erstellten Artikel. Die vollständigen Artikel finden sich in den Anhängen B, C und D.

3.1 Artikel 1

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014). **Transdiagnostische Fertigkeiten in Abhängigkeit vom Behandlungssetting. Fertigungsdefizite stationärer vs. ambulanter Patienten.** *Psychotherapeut*, 59, 138-146.

Hintergrund

Transdiagnostische Ansätze haben sich seit vielen Jahren in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung etabliert. Sie legen ihr Augenmerk auf störungsübergreifend relevante Faktoren, welche an der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen beteiligt sind. Hierzu zählen auch Fertigungsdefizite, welche als veränderbare Anteile des Verhaltens durch spezifische Interventionen verringert werden können.

Besonders bei Vorliegen komorbider Störungen ergänzen sogenannte Fertigkeitentrainings – ambulant wie stationär – störungsspezifische Interventionen. Auch wenn bei ambulanten und stationären Patienten vielfach von deutlich differenzierbaren Patientengruppen ausgegangen wird, unterscheidet sich das Training von Fertigkeiten eher in der Modalität (z.B. Gruppe vs. Einzel), weniger inhaltlich. Bislang fehlten Studien, die stationäre und ambulante Psychotherapiepatienten hinsichtlich ihrer Fertigkeiten zu Therapiebeginn vergleichen. Neben ihrer Relevanz für die Therapieplanung können die daraus resultierenden Informationen eine wichtige Forschungslücke hinsichtlich der Unterschiedlichkeit beider Patientengruppen schließen und somit die Frage nach einer differenziellen Indikation für Fertigkeitstrainings zu beantworten helfen.

Ziel der ersten Studie war daher ein systematischer Vergleich mehrerer simultan erfasster Fertigkeiten sowie soziodemografischer und klinisch-psychologischer Variablen zu Beginn einer ambulanten vs. stationären Psychotherapie.

Methode

Jeweils zu Therapiebeginn wurden $N = 102$ ambulante Patienten (durchschnittliches Alter: $M = 38.27$, $SD = 12.78$; 68 % weiblich) und $N = 183$ stationäre Patienten (durchschnittliches Alter: $M = 45.05$, $SD = 10.95$; 67 % weiblich) untersucht. Erfasst wurden die allgemeine psychische Belastung mit der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R; Franke, 2002), die Depressivität der Patienten mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1994; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) sowie ihre subjektive allgemeine Beeinträchtigung mit einer adaptierten Version des Pain-Disability-Index (PDI; Mewes et al., 2009). Das OFD (Stenzel, et al., 2010) diente zur Erhebung der Fertigkeiten.

Ergebnisse

Die gefundenen soziodemografischen Unterschiede beider Patientengruppen decken sich zumeist mit denen früherer Studien (z.B. Huber et al., 2002; Albani, 2009): Ambulante Patienten sind im Durchschnitt jünger und häufiger unverheiratet. Sie haben entweder einen höheren oder aber noch keinen Schulabschluss. Hinsichtlich klinischer Variablen zeigen sich kaum Unterschiede. Die höhere Beeinträchtigung stationärer Patienten (Subskalen „Erholung“ und „Beruf“) ist vor allem auf das höhere Alter (als Covariate) stationärer Patienten zurückzuführen. Keine signifikanten Unterschiede fanden sich hinsichtlich Zahl und Art der Diagnosen.

In einer multivariaten Varianzanalyse fand sich ein signifikanter Haupteffekt der Fertigkeiten ($\Lambda=.915$, $F(7,277)=3.66$, $p=.001$, partielles $\eta^2=.085$). Ambulante und stationäre Patienten unterscheiden sich jedoch überraschenderweise lediglich in ihrem Stressmanagement ($F(1,283)=6.476$, $p<.05$, partielles $\eta^2=.022$). Bei Betrachtung der Subskalen zeigt sich, dass stationäre Patienten vor allem bei Erschöpfung (Subskala Bereich Stressbewältigung) größere Schwierigkeiten in der Stressbewältigung aufweisen ($F(1,283)=24.449$, $p<.001$, partielles $\eta^2=.080$). Auch zeigen sich im ambulanten Setting deutlich weniger Unterschiede zwischen den einzelnen Fertigkeitensausprägungen. Über die beiden Gruppen hinweg sind die Fertigkeiten in dem Bereich „Arbeit/Beruf“ am niedrigsten ausgeprägt.

Diskussion

Die in der Studie gefundenen Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Psychotherapiepatienten entsprechen zumeist den Befunden anderer Arbeiten (Huber, Brandl,

Henrich, & Klug, 2002; Puschner, Haug, Häfner, & Kordy, 2004). Die Ähnlichkeit beider Gruppen u.a. hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung und psychopathologischen Belastung stützt auch die These von Häfner et al. (1999), dass unter anderem die individuellen Lebensumstände und die Krankheitsgeschichte der Patienten bei der Indikation einer stationären Psychotherapie eine Rolle spielen (Klinik als „Käseglocke“ i.S. eines geschützten/abgeschlossenen Raums).

Es finden sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen beiden Gruppen in den Fertigungsbereichen Problemlösen, Emotionsregulation, soziale Kompetenz und Entspannungsfähigkeit sowie für Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Stationäre Patienten weisen jedoch, vor allem bezogen auf ihr Stressmanagement im Falle von Erschöpfung, eine geringere Stressbewältigungskompetenz auf. In beiden Behandlungssettings sind die Fertigkeit zur Emotionsregulation sowie die Entspannungsfähigkeit der Patienten am niedrigsten ausgeprägt. Im stationären Setting kommt zudem die im Vergleich sehr niedrige Stressbewältigungskompetenz der Patienten hinzu. Über alle Fertigkeiten hinweg haben beide Gruppen die größten Fertigungsdefizite in dem Lebensbereich „Arbeit/Beruf“. Die stationären Patienten erleben sich zudem in den Bereichen „Erholung“ und „Beruf“ zu Therapiebeginn als beeinträchtigter (gemessen mit dem PDI). Insgesamt scheint sich so eine Beeinträchtigung stationärer Patienten im Arbeitsbereich abzubilden.

Für die Praxis lässt sich schlussfolgern, dass eine Förderung von Fertigkeiten unabhängig von dem jeweiligen Behandlungssetting Beachtung finden sollte. Die geringere Stressbewältigungskompetenz stationärer Patienten (v.a. beim Umgang mit Erschöpfung) kann auch als Hinweis dafür gesehen werden, dass stationäre Patienten infolge subjektiv erlebter Alltagsbelastung größere Schwierigkeiten haben, diese zu kompensieren, und somit eine erhöhte Erschöpfung resultiert. Die Förderung der Stressbewältigung sollte somit v.a. im stationären Setting berücksichtigt werden.

3.2 Artikel 2

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014). **Skill deficits and psychopathology – A transdiagnostic study.** *Manuskript zur Publikation eingereicht.*

Hintergrund

Insbesondere aufgrund der hohen Komorbidität psychischer Störungen sind transdiagnostische Ansätze und Interventionen zu einem wichtigen Teil der Psychotherapie geworden. Der Begriff „transdiagnostisch“ beinhaltet hierbei die Annahme, dass bestimmte kognitive und behaviorale Prozesse bei einer Reihe von unterschiedlichen Diagnosen eine Rolle

spielen. Hierzu zählen auch spezifische Fertigkeitendefizite (z.B. Defizite in der Emotionsregulation).

Bislang gibt es in der Literatur lediglich Studien zu den Zusammenhängen einzelner Fertigkeiten und verschiedener psychischer Störungen. Es fehlen jedoch vergleichende Studien, in denen mehrere Fertigkeiten über verschiedene Diagnosen hinweg erfasst werden.

Das Ziel dieser Studie war es, zu überprüfen, inwiefern verschiedene Fertigkeiten dem an sie gestellten transdiagnostischen Anspruch gerecht werden. Hierzu wurden erstmalig Fertigkeiten simultan hinsichtlich unterschiedlicher Diagnosen (Angststörung vs. affektive Störung) und Komorbiditäten (Monodiagnose vs. Multidiagnose) analysiert.

Methode

Die Stichprobe beinhaltete $N = 291$ Patienten, wobei bei $n = 116$ (40 %) lediglich eine Störung vorlag, $n = 175$ (60 %) wiesen mehrere Störungen auf. Von der Gesamtstichprobe konnte bei $n = 78$ Patienten eine affektive Störung und bei $n = 18$ eine Angststörung diagnostiziert werden (jeweils Monodiagnose). 35 % der Patienten der Gesamtstichprobe befanden sich zum Messzeitpunkt am Beginn einer ambulanten Psychotherapie (VT), 65 % zu Beginn einer stationären Therapie in einer psychosomatischen Klinik. Die Diagnosestellung erfolgte auf Grundlage der ICD-10-Klassifikationskriterien anhand von geschulten Mitarbeitern. Ergänzend wurden die allgemeine psychische Belastung mit der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R; Franke, 2002) sowie die Depressivität der Patienten mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger, et al., 1994; Hautzinger, et al., 2006) erfasst. Das OFD (Stenzel, et al., 2010) diente auch hier der Erfassung der sieben Fertigkeiten.

Ergebnisse

Gemäß des transdiagnostischen Anspruchs ergaben sich in einer MANOVA keine Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen Angst und Depression ($\Lambda = .888$, $F(7,86) = 1.548$, $p = .162$, partielles $\eta^2 = .112$). Eine anschließende explorative univariate Analyse zeigte, dass sich beide Gruppen in ihrer Fähigkeit zur Emotionsregulation unterscheiden ($F(1,86) = 6.001$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .061$). Bei genauerer Betrachtung der Subskalen des Fertigkeitsbereiches zeigte sich eine geringere Kompetenz von Patienten mit depressiver Monodiagnose in der Identifikation ihrer Gefühle ($F(1,89) = 11.281$, $p \leq .001$, partielles $\eta^2 = .108$) sowie in ihrem Gefühlsausdruck ($F(1,89) = 3.980$, $p < .05$, partielles $\eta^2 = .041$).

Des Weiteren wurde untersucht, inwiefern sich Patienten mit einer vs. mehreren Diagnosen in ihren Fertigkeitsprofilen unterscheiden. Hierbei zeigte sich erwartungskonform, dass Komorbidität mit größeren Fertigkeitsdefiziten einhergeht ($\Lambda = .927$, $F(7,283) = 3.207$,

$p = .003$, partielles $\eta^2 = .073$). Dieser Effekt scheint darüber hinaus von der Anzahl der zusätzlichen Störungen abzuhängen ((partielle) Korrelation). Unterschiede fanden sich in Emotionsregulation, Stressbewältigung, Entspannungsfähigkeit, Selbstwert und Selbstwirksamkeit.

Diskussion

Soweit uns bekannt ist, stellt die vorliegende Studie die erste Untersuchung dar, in der verschiedene Fertigkeiten simultan zwischen Patienten mit einer reinen Angst- vs. depressiver Störung verglichen werden. Zwar liegen bereits einige Studien vor, in denen verschiedene Fertigkeiten bei einzelnen Störungsbildern beschrieben werden (z.B. D'Avanzato, Joormann, Siemer, & Gotlib, 2013; Martin & Dahlen, 2005; Marx, et al., 1992), jedoch ergibt sich bei der vorliegenden simultanen Analyse ein differenzierteres Bild. Die Tatsache, dass sich die beiden Diagnosegruppen nur in ihrer Emotionsregulation unterscheiden, stützt die bisherige transdiagnostische Annahme hinsichtlich der untersuchten Fertigkeiten. Zudem zeigt sich dieser Effekt lediglich in explorativen univariaten Analysen. Depressive Patienten weisen hier im Vergleich eine signifikant geringere Kompetenz in der Identifikation von Gefühlen sowie dem Gefühlsausdruck auf. Folgt man bisherigen Studien, sollten bei beiden Störungsbildern Emotionsregulationsdefizite vorliegen (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002). Differenzierend ist aber anzumerken, dass depressive Patienten z.B. nicht nur Defizite in der Identifikation und dem Ausdruck eigener Gefühle, sondern auch in der Identifikation des Gefühlsausdrucks ihres Gegenübers zu haben scheinen (z.B. Surguladze et al., 2004), was sich möglicherweise auch in den besonders ausgeprägten Defiziten in der Emotionsregulation im OFD zeigt. Unklar ist allerdings bislang, ob Verzerrungen in der Identifikation von Gefühlen Anderer (siehe auch Joormann & Gotlib, 2006) spezifisch für depressive Patienten sind.

Ein weiterer Befund der hier beschriebenen Studie war, dass bei mehr als einer Diagnose größere Fertigkeitendefizite vorlagen. Auch nach Kontrolle für die allgemeine Symptombelastung (Psychopathologie) blieben die gefundenen Unterschiede für die Bereiche Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Stressbewältigung und Selbstwert signifikant. Somit scheint besonders für Patienten mit komorbiden Störungen eine Förderung bzw. der Aufbau von Fertigkeiten äußerst sinnvoll zu sein und sollte bereits bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.

3.3 Artikel 3

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014). **The relationship between skill deficits and functional disability.** *Manuskript zur Publikation eingereicht.*

Hintergrund

Wie bereits in Studie 1 und 2 beschrieben, stehen transdiagnostische Fertigkeiten wie beispielsweise Emotionsregulation oder Stressbewältigung in Zusammenhang mit Pathogenese und Verlauf verschiedener psychischer Störungen. Die Förderung von Fertigkeiten besitzt Relevanz unabhängig vom therapeutischen Behandlungssetting (siehe Artikel 1: Hofmann, et al., 2014a). Zudem können besonders im Fall von Komorbiditäten entsprechende Interventionen störungsspezifische Ansätze ergänzen (siehe Artikel 2: Hofmann, et al., 2014b).

Die aktuelle Forschung gibt Hinweise darauf, dass Fertigungsdefizite, neben der allgemeinen Psychopathologie, mit psychischer Belastung und Beeinträchtigung einhergehen. Berking et al. (2008) zeigten beispielsweise, dass Defizite der Emotionsregulation auch eine Ursache für Beeinträchtigung sein können und nicht, wie lange angenommen, nur eine Folge.

Bislang fehlen Studien, die mehrere Fertigungsbereiche und ihren Zusammenhang mit der allgemeinen Alltagsbeeinträchtigung von Patienten untersuchen. Das Ziel dieser Studie war somit die gemeinsame Erfassung und Analyse verschiedener Fertigkeiten zur Beantwortung der Frage, ob diese über die allgemeine Psychopathologie hinaus inkrementelle Varianz an der Beeinträchtigung der Patienten erklären.

Methode

An der Studie nahmen $N = 258$ ambulante und stationäre Patienten teil (durchschnittliches Alter: $M = 42.81$, $SD = 12.14$; 67.3 % weiblich). Der Zeitpunkt der Prä-Untersuchung lag zu Therapiebeginn (ambulant in einer Universitätsambulanz, stationär in psychosomatischen Kliniken). Die allgemeine subjektive Beeinträchtigung der Patienten wurde mit einer adaptierten Version des deutschen Pain-Disability-Index (PDI; Mewes, et al., 2009), die allgemeine psychische Belastung mit der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R; Franke, 2002) erfasst. Das multidimensionale Interview zur operationalisierten Fertigungsdiagnostik (OFD; Stenzel, et al., 2010) diente zur Erhebung der Fertigkeiten. Die Diagnosestellung erfolgte auf Grundlage der ICD-10-Klassifikationskriterien anhand von geschulten Mitarbeitern. Nur den stationären Patienten ($N = 174$) wurden vor Therapieende (Post-Untersuchung) erneut SCL, PDI und OFD vorgegeben.

Ergebnisse

Zunächst wurden die aus der bisherigen Forschung bekannten querschnittlichen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen (anhand von Korrelationen der Fertigkeiten untereinander sowie zu Psychopathologie und Beeinträchtigung) bestätigt. Querschnittlich zu betrachtende Multiple Regressionsanalysen mit dem $PDI_{\text{prä}}$ -Wert als Kriterium zeigten, dass sich vier der Fertigkeiten als bedeutsame Prädiktoren erwiesen: soziale Kompetenz, Stressbewältigung, Entspannungsfähigkeit und Emotionsregulation. Bei Kontrolle für die psychopathologische Belastung (SCL; $\beta = .47, p < .001$) leistete Stressbewältigung ($\beta = -.18, p < .01$) einen inkrementellen Beitrag an der Varianzaufklärung des PDI.

Aus diesen Ergebnissen ergab sich die Frage, ob Verbesserungen der Fertigkeiten auch mit einer Verringerung der allgemeinen Beeinträchtigung einhergehen. Anhand der stationären Stichprobe wurde zunächst überprüft, ob in allen relevanten Variablen Verbesserungen über den Therapieverlauf hinweg stattgefunden haben. Dies konnte durch multivariate Analysen bestätigt werden. In der folgenden multiplen Regressionsanalyse wurden die Differenzwerte der Fertigkeiten als Prädiktoren und der PDI_{post} -Wert als Kriterium verwendet. Für den $PDI_{\text{prä}}$ -Wert wurde im ersten Schritt der hierarchischen Regressionsanalyse kontrolliert. Das Ergebnis zeigt eine zusätzliche Varianzaufklärung von 28 % durch die Fertigkeiten ($R^2 = .55, p < .001$). Bei erneuter Kontrolle für die allgemeine Psychopathologie (hier: Verbesserungen) ergab sich eine zusätzliche Varianzaufklärung von 10 % durch die Fertigkeiten. Der signifikante Effekt ging auf Veränderungen im Selbstwert zurück ($\beta = -.17, p < .05$).

Diskussion

Die Ergebnisse unterstreichen die Relevanz von Fertigkeiten (insbesondere Stressbewältigung) für die Beeinträchtigung der Patienten neben der allgemeinen psychopathologischen Belastung. Als eine der ersten Studien überhaupt untersuchte diese Studie mehrere Fertigkeiten simultan in ihrer Bedeutung für die allgemeine Beeinträchtigung – dies nicht zuletzt unter der Prämisse, dass Fertigkeitsdefizite auch ursächlich zu einer erhöhten Beeinträchtigung beitragen können (Berking, Orth et al., 2008). Nach Kontrolle für den Einfluss der allgemeinen Psychopathologie zeigten sich diese Zusammenhänge im Querschnitt vor allem für Stressbewältigung.

Verbesserungen der Fertigkeiten und der Selbstkonzepte während der Therapie tragen in erheblichem Maße auch zu Verbesserungen bei der Beeinträchtigung der Patienten bei. Es zeigte sich, dass auch bei Kontrolle für die Psychopathologie v.a. Verbesserungen im Selbstwert der Patienten mit einer Verringerung der Beeinträchtigung einhergingen. Selbstwert, der im

Vergleich zu anderen Fertigkeiten auch als Aspekt der Selbstevaluation verstanden werden kann (Judge, et al., 1998), steht in enger Beziehung zu psychischen Störungen (z.B. Depression: Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009). Vor dem Hintergrund, dass Selbstwert als relativ stabil gilt ist es bemerkenswert, dass es durch eine kurze stationäre Therapie zu Änderungen kommt und diese dann auch gleich Auswirkungen auf die Beeinträchtigung haben. Auch sind Moderationsmodelle zwischen Selbstwert und Beeinträchtigung sowie anderen, verhaltensnäheren Fertigkeiten denkbar. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass auch die psychopathologische Belastung als Konsequenz von Fertigkeitsdefiziten betrachtet werden kann. Somit wird bei der Kontrolle für die Psychopathologie auch Varianz eliminiert, die der Psychopathologie und den Fertigkeiten gemeinsam ist.

Diese Studie betont die transdiagnostische Bedeutung der Fertigkeiten als wesentliche Determinanten der Beeinträchtigung von Patienten. Teile dieser Effekte – beispielsweise Verbesserungen des Selbstwertes – zeigen sich als robust, selbst wenn für die psychopathologische Belastung kontrolliert wird. Auch wenn weitere Forschung notwendig ist, um auch die Zusammenhänge einzelner Fertigkeiten zueinander, z.B. über Moderationsmodelle, zu verstehen, leistet diese Studie auch hierzu einen weiteren Hinweis auf deren transdiagnostische Relevanz.

3.4 Buchkapitel

Stumpenhorst, M., & Berking, M. (2013). **Kompetenztrainings**. In M. Berking & W. Rief (Eds.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

In Ergänzung zu den drei beschriebenen Artikeln des vorliegenden Dissertationsprojekts wurde ein Lehrbuchkapitel über Kompetenztrainings verfasst (Hofmann & Berking, 2013). Hierauf wurde bereits in Kapitel 1.2 verwiesen. Es gibt eine Zusammenfassung über die Relevanz, das Vorgehen sowie die Effektivität von Trainings zu sozialer Kompetenz, Emotionsregulation und Problemlösen. Das vollständige Buchkapitel findet sich in Anhang A.

4 Diskussion

Folgend sollen die Befunde der drei zuvor skizzierten Artikel zusammengefasst und diskutiert werden. Darüber hinaus werden Limitationen kritisch gewürdigt sowie Implikationen für die klinische Praxis und die weitere Forschung dargestellt.

In der vorliegenden Dissertation konnte die transdiagnostische Relevanz mehrerer Fertigkeiten in Relation zueinander für verschiedene Bereiche erfolgreich bestätigt werden. So konnte eine Untersuchung (Artikel 1) an ambulanten und stationären Patienten erstmalig zeigen, dass aufgrund nahezu vergleichbarer Fertigkeitsdefizite beider Gruppen eine Förderung von Fertigkeiten unabhängig von dem jeweiligen Behandlungssetting Beachtung finden sollte. Da stationäre Patienten eine geringere Stressbewältigungskompetenz (v.a. beim Umgang mit Erschöpfung) aufweisen, sollte das stationäre Setting dafür genutzt werden, v.a. auch diese Fertigkeit zu fördern. Durch die zweite Studie (Artikel 2) wurde der transdiagnostische Anspruch, welcher an Fertigkeiten gestellt wird, untermauert. Zudem wurde die Hypothese bestätigt, dass Fertigkeiten vor allem im Falle von Komorbiditäten besondere Relevanz zukommt. Neben dem bekannten Zusammenhang zwischen allgemeiner Psychopathologie und der Alltagsbeeinträchtigung von Patienten bestehen auch Verbindungen zwischen letzterer und Fertigkeiten (Artikel 3). Verbesserungen des Selbstwerts tragen darüber hinaus zu einer Verringerung der Beeinträchtigung bei.

Alle drei Studien bekräftigen die eigenständige Relevanz von Fertigkeiten für die Psychotherapie(-planung), auch neben der psychopathologischen Symptombelastung. Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise zur Bestätigung der Hypothese, dass Fertigkeitsdefizite über die Psychopathologie hinausgehend auch eigenständige Informationen enthalten. Der in der vorliegenden Dissertation gefundene Zusammenhang zwischen der Anzahl psychischer Störungen und dem Ausmaß der Fertigkeitsdefizite, selbst bei Kontrolle für Psychopathologie, stützt diese Interpretation. Bei dem Vergleich von Angstpatienten und depressiven Patienten konnte kein multivariater Unterschied in den Fertigungsprofilen gefunden werden. Eine Untersuchung von Stenzel et al. (2013) zeigt bei einem Vergleich unterschiedlicher Diagnosegruppen hinsichtlich mehrerer Fertigkeiten Unterschiede in den Fertigungsniveaus, welche sich nicht ausschließlich durch die Psychopathologie erklären lassen. Die Autoren verglichen Gruppen mit Tinnitus vs. Tinnitus und Depression vs. Angststörung und Depression. Unterschiede scheinen somit auch hier in engem Zusammenhang mit dem Vorliegen von Komorbiditäten zu stehen. Interessant für zukünftige Forschungsarbeiten wäre eine Untersuchung dahingehend, inwiefern die Art (i.S. von Diagnosekategorie) der komorbiden Störung eine Rolle spielt. Eine vergleichende Überprüfung des transdiagnostischen Anspruchs der Fertigkeiten für weitere Diagnosekategorien, bei denen Fertigkeitstrainings eingesetzt werden (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Essstörungen), stellt daher einen interessanten Aspekt für zukünftige Forschungen dar. Hierdurch könnte eine noch umfassendere

Übersicht zu Überschneidungen verschiedener Störungen entstehen, welche auch eine optimierte Therapie(-planung) ermöglicht.

Auf die transdiagnostische Bedeutung von Fertigkeiten, u.a. für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen (Berking et al., 2008; Burt, et al., 2008; Dozois, et al., 2009), wurde bereits im Rahmen der Einleitung dieser Dissertation näher eingegangen. Vor allem vor dem Hintergrund hoher Komorbiditätsraten (Brown, et al., 2001; Kessler, et al., 2005) ergänzen Konzepte zur Förderung von Fertigkeiten zunehmend störungsspezifische Ansätze (Überblick über Therapieprogramme, in denen u.a. Fertigkeiten eine Rolle spielen: Mansell, et al., 2009; Überblick über Interventionen in Präventionsprogrammen: Dozois, et al., 2009). Aktuelle Studien (Fehlinger, Stumpenhorst, Stenzel, Beisel, & Rief, 2013; Fehlinger, Stumpenhorst, Stenzel, & Rief, 2013) bestätigen zudem die Relevanz von Fertigkeiten für den Therapieerfolg. Bezüglich der Richtung der Wirkungsweise zwischen Fertigkeiten und Symptombelastung liefern aktuelle Studien neue Erkenntnisse. Radkovsky und Kollegen (2014) untersuchten mögliche reziproke Beziehungen zwischen der erfolgreichen Anwendung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation und dem Schweregrad depressiver Symptome. Die Ergebnisse zeigen, dass die erfolgreiche Anwendung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation nachfolgende Veränderungen im Schweregrad der Depressivität vorhersagten. Keine Effekte ließen sich für die umgekehrte Wirkrichtung finden. Im Einklang mit der Annahme, dass Fertigkeitsdefizite als Vulnerabilitätsfaktoren der Entwicklung von psychischen Störungen vorausgehen können (Burt, et al., 2008; Ehring & Watkins, 2008; Segrin, 2000), spricht dies für die Berücksichtigung von Fertigkeiten im Rahmen der Prävention psychischer Störungen (Dozois, et al., 2009; Masten, Burt, & Coatsworth, 2006). Inzwischen gibt es auch eine Reihe von spezifischen Trainingsprogrammen zur Förderung von Fertigkeiten, nicht nur im klinischen Bereich. So wird beispielsweise das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK; Hinsch & Pfingsten, 2007) auch im Bereich von Fort- und Weiterbildungen eingesetzt.

Auch im psychotherapeutischen Bereich sollten Interventionen zur Reduktion von Fertigkeitsdefiziten nicht auf bestimmte Behandlungssettings begrenzt sein. Die Ergebnisse der ersten Studie der vorliegenden Dissertation (siehe Kapitel 3.1) zeigen, dass Patienten in ambulanter und stationärer Behandlung sich kaum in der Schwere der Eingangssymptomatik sowie hinsichtlich ihrer Fertigkeitsausprägungen unterscheiden. Dies stützt die These, dass die individuellen Lebensumstände wie auch die individuelle Krankheitsgeschichte für die Indikation einer stationären Therapie eine wichtige Rolle spielen (Puschner, et al., 2004). Die stationären Patienten weisen als einzigen Unterschied im Fertigkeitenprofil gegenüber ambulanten Patienten eine geringere Fähigkeit zur Stressbewältigung auf (v.a. bei Erschöpfung). Über die beiden

Gruppen hinweg sind die Fertigkeiten in dem Lebensbereich „Arbeit/Beruf“ am niedrigsten ausgeprägt. Die stationären Patienten sind zudem in den Bereichen „Erholung“ und „Beruf“ zu Therapiebeginn beeinträchtigt. Dies könnte darauf hindeuten, dass stationäre Patienten eine deutlichere Überforderung in beruflichen Bereichen verspüren, verbunden mit einem Fertigungsdefizit, den aus dieser Erschöpfung resultierenden Stress adaptiv zu bewältigen. Dies deckt sich mit Berichten von stationären Patienten, die angeben, sich in der Klinik wie „unter einer Käseglocke“ zu fühlen, und froh sind, „raus aus dem Alltag“ zu sein. Möglicherweise macht der Wunsch nach Abstand bei einem auch subjektiv spürbaren Kompetenzdefizit, Stress zu bewältigen, den Unterschied zur Wahl einer stationären Therapie aus. Zwerenz und Kollegen (2004) konnten zeigen, dass, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, Patienten der stationären Psychosomatik sich beruflich deutlich stärker belastet fühlen und über geringere Ressourcen verfügen. Ein Großteil dieser Patienten befindet sich in einer beruflichen Rehabilitation, u.a. um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Patienten, denen eine stationäre Therapie empfohlen wird, sind unter anderem durch ihre psychischen Beschwerden psychisch wie sozial stärker beeinträchtigt und der Therapeut hält ihre Prognose für schlechter und ihre Arbeitsfähigkeit für geringer als bei anderen Patienten (Huber, et al., 2002). Für die differenzielle Indikation einer ambulanten oder stationär-psychosomatischen Therapie dürfte das Wissen um die Ausprägungen der Fertigkeiten insgesamt eher weniger Einfluss haben. Jedoch sollte im Falle einer stationären Therapie die Stressbewältigungskompetenz der Patienten genauer beleuchtet werden, um bei Defiziten entsprechend zu intervenieren. Spannend für zukünftige Forschungsarbeiten wäre ein weiterführender Vergleich zu stationär-psychiatrischen Patienten, bei denen sich eine größere psychopathologische Belastung sowie damit verbunden größere Fertigkeitendefizite erwarten lassen.

Wie bereits in der Konzeption des OFD (Stenzel, et al., 2010; Stenzel & Rief, 2011) berücksichtigt, können sich auch Fertigungsdefizite ebenso wie Störungen oder Belastungen in unterschiedlichen Lebensbereichen äußern. So erleben auch Patienten die Beeinträchtigung durch ihre Beschwerden in unterschiedlichen Bereichen. Wie bereits erwähnt zeigen Studien inzwischen, dass Fertigungsdefizite, über die allgemeine Psychopathologie hinaus, kausal mit psychischer Belastung und Beeinträchtigung einhergehen (Berking et al., 2008). Die Befunde der vorliegenden Arbeit (siehe Artikel 3) zeigen zudem die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Fertigkeiten und der empfundenen Beeinträchtigung auf. Darüber hinaus wurde erstmalig die Bedeutung von Verbesserungen in mehreren, nach der gleichen Methode erhobenen Fertigkeiten für eine Reduktion der Beeinträchtigung der Patienten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Steigerung des Selbstwertgefühls der Patienten zu einer Reduktion

ihrer Beeinträchtigung führen kann. Dieser Effekt zeigt sich als robust bei Kontrolle für Verbesserungen der Psychopathologie. Dies fügt sich in die bestehende Literatur ein, in der ein hoher Selbstwert meist als wünschenswert betrachtet wird, da er mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden zusammenhängt (Jacob & Potreck-Rose, 2004; Kanning, 2000) und protektiv wirken kann (Schütz, 2003). Ein negativer Selbstwert hingegen korreliert mit einer großen Anzahl psychischer Störungen (siehe z.B. Jacob & Potreck-Rose, 2004; Pedersen, Hsu, Neighbors, Lee, & Larimer, 2013; Werner, et al., 2008). Entsprechend wird die Stärkung des Selbstwertes als wichtigstes Ziel von Psychotherapie angesehen (Ambühl & Orlinsky, 1999). Erstmalig wurde nun in der vorliegenden Arbeit die besondere Bedeutung des Selbstwerts in Relation zu anderen Fertigkeiten deutlich. In der Literatur wird der Selbstwert oft als relativ stabil angesehen (siehe Core-Self-Evaluations; Judge, et al., 1998). In dieser Studie zeigte sich, dass die Verbesserungen des Selbstwerts zwar insgesamt gering, dennoch aber signifikant ausfallen.

In der vorliegenden Arbeit wurde nicht berücksichtigt, welche Interventionen im Rahmen der stationären Therapie stattfanden. Zwar fanden alle Behandlungen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt statt, jedoch wurde nicht der Frage nachgegangen, mithilfe welcher Interventionen Fertigkeitsverbesserungen zustande kamen. Vor allem vor dem Hintergrund der Relevanz eines gesteigerten Selbstwertes wäre auch die Fragestellung nach einer impliziten oder expliziten Förderung des Selbstwerts von Bedeutung. Zukünftige Studien sollten sich, auch aufgrund der Implikationen für die klinische Praxis, hiermit beschäftigen. In weiteren Studien sollten zudem mehr Messzeitpunkte als die zwei (Prä und Post) in den vorliegenden Studien berücksichtigten gesetzt werden, um ein differenziertes Bild der längsschnittlichen Entwicklung zu erhalten. Diese sind vor allem zur genaueren Betrachtung der Beziehungen einzelner Fertigkeiten untereinander sowie für weitere Moderator- und Mediatoranalysen sinnvoll. Die längsschnittlichen Daten der vorliegenden Studie stammten lediglich aus der Substichprobe stationärer Patienten. Eine Übertragung des Designs auf eine ambulante Stichprobe könnte Aufschluss darüber geben, ob sich ein anderer Verlauf in der Verbesserung einzelner Fertigkeiten ergibt und somit möglicherweise ein anderer Zeitpunkt bzw. eine andere Reihenfolge der Interventionen im Vergleich zu stationären Patienten sinnvoll erscheint.

Ein Vorzug der vorliegenden Arbeit ist, dass mehrere Fertigkeiten simultan erfasst und somit in Relation zueinander betrachtet wurden. Hieraus ergab sich die wichtige Vermutung, dass Verbesserungen im Selbstwert stärker als andere Fertigkeiten zu einer Reduktion der Beeinträchtigung beitragen. Bereits die Ergebnisse von Stenzel und Kollegen (2013) legten die Vermutung nahe, dass es zwischen den mit dem OFD erfassten Fertigkeiten eine Hierarchie

geben könne. Die Autoren vermuteten, dass möglicherweise eine Mindestausprägung in einer der Skalen Selbstwert oder Selbstwirksamkeit notwendig sei, um andere Fertigkeiten einsetzen zu können. So wird etwa eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung als Voraussetzung dafür gesehen, überhaupt Anstrengungen zu unternehmen, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen (siehe auch Kapitel 1.2.6). Somit kann die Hypothese formuliert werden, dass Selbstwert und Selbstwirksamkeit im Sinne von Vorläuferfertigkeiten die basale Voraussetzung zum Zeigen der anderen Fertigkeiten darstellen. Die vorliegende Arbeit erbringt hierzu allerdings lediglich Hinweise im explorativen Sinne. Auch zwischen den anderen Fertigkeiten bestehen zum Teil große Überschneidungen. Neben den in dieser Studie aufgezeigten Korrelationen zeigen sich auch in der Praxis Überschneidungen einzelner Interventionsprogramme zur Reduktion von Fertigkeitsdefiziten. In Stressbewältigungsprogrammen werden beispielsweise auch Problemlöse- und Entspannungstechniken sowie Übungen zur Förderung sozialer Kompetenz vermittelt (Kaluza, 2011). Viele Studien weisen zudem auf einen inhaltlichen Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und sozialer Kompetenz hin (z.B. Denham et al., 2003; Gross & John, 2003; Lopes, Salovey, & Straus, 2003; Schutte et al., 2001). Denkbar wäre beispielsweise, dass eine angemessene Emotionsregulationsfähigkeit eine Voraussetzung für das Äußern sozial kompetenten Verhaltens darstellt (s.a. Renneberg, Mücke, Wallis, Fydrich, & Thomas, 2003). Dafür spricht, dass nach Mischel und DeSment (2000) beispielsweise adäquate Strategien in der Emotionsregulation mit effektivem Konfliktmanagement assoziiert sind. Insgesamt liefert die vorliegende Dissertation einen ersten Schritt zum besseren Verständnis der Fertigkeiten in Relation zueinander. Weitere Forschungen zu einer Hierarchisierung von Fertigkeiten und den daraus resultierenden praktischen Implikationen, z.B. in welcher Reihenfolge Fertigkeiten trainiert werden sollten, wären somit wünschenswert. Anhand größerer Stichproben sollte versucht werden, die Beziehungen der Fertigkeiten untereinander noch besser abzubilden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass diese Dissertation einen wichtigen Beitrag zur Ergänzung des Wissens um die transdiagnostische Relevanz mehrerer Fertigkeiten sowie ihrer gegenseitigen Relationen liefert. Sie bildet somit die Grundlage für weitere Bemühungen zur Entwicklung eines umfassenden Modells transdiagnostisch relevanter Fertigkeiten.

Literaturverzeichnis

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Goldschmidt, S., & Brähler, E. (2009) Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59, 281-283.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Ambühl, H., & Orlinsky, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In H. Ambühl & B. Strauss (Eds.), *Therapieziele* (pp. 319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 633-646.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barnow, S. (2012). Emotionregulation und Psychopathologie. *Psychologische Rundschau*, 63, 111-124.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Belanger, L., Morin, C. M., Bastien, C., & Ladouceur, R. (2005). Self-efficacy and compliance with benzodiazepine taper in older adults with chronic insomnia. *Health Psychology*, 24(3), 281-287.
- Bellack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. T., & Bennett, M. (1994). Evaluation of social-problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 371-378.
- Berking, M. (2008). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg: Springer.

- Berking, M., & Grawe, K. (2005). Angststörungen aus einer neuropsychotherapeutischen Perspektive. *Psychotherapie im Dialog*, 6(04), 408-413.
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L., & Caspar, F. (2008). Prospective Effects of Emotion-Regulation Skills on Emotional Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485-494.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Birbaumer, N. (1998). Entspannung. In H. Häcker & K. H. Stapf (Eds.), *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (pp. 227). Göttingen: Hans Huber.
- Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R. E. (2001). Chronic pain, chronic stress and depression: Coincidence or consequence? *Journal of Neuroendocrinology*, 13(12), 1009-1023.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 79-96.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340-345.
- Brister, H., Turner, J. A., Aaron, L. A., & Mancl, L. (2006). Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *Journal of Orofacial Pain*, 20(2), 115-124.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder - Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., & Reis, H. T. (1988). 5 Domains of Interpersonal Competence in Peer Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 991-1008.

- Burt, K. B., Obradovic, J., Long, J. D., & Masten, A. S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development, 79*(2), 359-374.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*(1), 1-10.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*(2), 317-333.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol-use - Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), 139-152.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry, 22*(1), 9-15.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cognitive Therapy and Research, 37*(5), 968-980.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107-126.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197-225). New York: Guilford Press.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., et al. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development, 74*(1), 238-256.

- Denison, E., Asenlof, P., & Lindberg, P. (2007). Musculoskeletal pain in primary health care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *Journal of Pain*, 8(1), 67-74.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 51-56.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Rudd, M. D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation - evidence for a meditational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 91-98.
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic Approaches to the Prevention of Depression and Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 44-59.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Egger, J., Lechner, B., & Freidl, W. (1997). Bulimie – Geschlechtsrollenidentifikation und Selbstwert. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26, 21–30.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 508-519.
- Ehnholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 771-781.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Engels, R., Wiers, R., Lemmers, L., & Overbeek, G. (2005). Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns. *Journal of Drug Education*, 35(2), 147-166.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58(9), 1205-1211.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., Oconnor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective-study of outcome in bulimia-nervosa and the long-term effects of 3 psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52(4), 304-312.

- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). New York: Guilford Press.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., Beisel, S., & Rief, W. (2013). On the relevance of improvements in skills for therapy outcome: A transdiagnostic examination. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie*, 61(1), 37-44.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., & Rief, W. (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 144(1), 116-122.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health-status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M., et al. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 767-777.
- Goldstein, R. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. *Psychologist*, 23(8), 654-654.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Haaga, D. A. F., Fine, J. A., Terrill, D. R., Stewart, B. L., & Beck, A. T. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 147-158.

- Häfner, S., Lieberz, K., & Wöller, W. (1999). Leitlinien für die Indikation und Differentialindikation in der stationären Psychotherapie - Eine Literaturübersicht. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 35, 351-370.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 225-235.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Das Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II)*. Frankfurt am Main: Harcourt.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele* (Vol. 5). Weinheim: Beltz PVU.
- Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014a). Transdiagnostic skills depending on treatment setting - Skill deficits of inpatients versus outpatients. *Psychotherapeut*, 59, 138-146.
- Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014b). Skill deficits and psychopathology. A transdiagnostic study. *Manuscript submitted for publication*.
- Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014c). The relationship between skill deficits and functional disability. *Manuscript submitted for publication*.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G., & Klug, G. (2002). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut*, 47(1), 16-23.
- Jacob, G. A., & Potreck-Rose, F. (2004). Der Selbstwert in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 1(14), 206-212.
- Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246-256.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.
- Johann, M., Bobbe, G., Franke, E., & Wodarz, N. (2003). Relapse prevention program in German alcoholics. *Psychiatrische Praxis*, 30, 125-S128.

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007). A new look at the neural diathesis - Stress model of schizophrenia: The primacy of social-evaluative and uncontrollable situations. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1171-1177.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 705-714.
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive: the relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance*, 11, 167-187.
- Kaluza, G. (1998). Effekte eines kognitiv-behavioralen Stressbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und (Wohl-)Befinden: eine randomisierte, kontrollierte prospektive Interventionsstudie in der primären Prävention. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 234-243.
- Kaluza, G. (1999). Mehr desselben oder Neues gelernt? Veränderungen von Bewältigungsprofilen nach einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 8, 73-84.
- Kaluza, G. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14(4), 171-196.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (Vol. 2). Heidelberg: Springer.
- Kanning, U. P. (2000). *Selbstwertmanagement. Die Psychologie des selbstwertdienlichen Verhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanning, U. P. (2002). Social competence - definition, structure, and processes. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 154-163.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A., Eichler, A., & Hinzmann, S. (1999). Entspannung für Kinder: Eine empirische Studie zur Wirkung unterschiedlicher Trainingsbedingungen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 46, 201-211.

- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4-41.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkmann, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 19-64). New York: Academic Press.
- Lopes, P. N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 641-658.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms - Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373-378.
- Mallinckrodt, B., McCreary, B. A., & Robertson, A. K. (1995). Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 178.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181-191.
- Mansell, W., Harvey, A. G., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors - Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249-1260.
- Marx, E. M., Williams, J. M. G., & Claridge, G. C. (1992). Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 78-86.
- Masten, A. S., Burt, K., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 3, Risk, disorder and psychopathology, pp. 696-738). New York: Wiley.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 205-215.

- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 129-147.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 344-350.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 20-33.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
- McMurran, M., & Christopher, G. (2009). Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 101-107.
- McMurran, M., Duggan, C., Christopher, G., & Huband, N. (2007). The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. *Personality and Individual Differences*, 42(1), 145-155.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Mewes, R., Rief, W., Stenzel, N., Glaesmer, H., Martin, A., & Brähler, E. (2009). What is "normal" disability? An investigation of disability in the general population. *Pain*, 142, 36-41.
- Middeldorp, C. M., Cath, D. C., van Dyck, R., & Boomsma, D. I. (2005). The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology. A review of twin and family studies. *Psychological Medicine*, 35(05), 611-624.

- Mischel, W., & DeSmet, A. L. (2000). Self-regulation in the service of conflict resolution. In M. Deutsch & P. T. Coleman (Eds.), *The handbook of conflict resolution: Theory and practice* (pp. 256-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2007). Comorbidity: What have we learned and where are we going? *Clinical Psychology-Science and Practice*, 14(1), 64-69.
- Mynors-Wallis, L. M. (2005). *Problem-solving treatment for anxiety and depression: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39(3), 242-250.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*, 20(4), 198-202.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Springer, J. R. (2008). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety: Outcome and Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 266-279.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472-478.
- Patterson, T. L., Moscona, S., McKibbin, C. L., Davidson, K., & Jeste, D. V. (2001). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2-3), 351-360.
- Pedersen, E. R., Hsu, S. H., Neighbors, C., Lee, C. M., & Larimer, M. E. (2013). The relationship between collective self-esteem, acculturation, and alcohol-related consequences among Asian American young adults. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 12(1), 51-67.
- Petermann, U. (1996). *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche: ein Praxisbuch*. Weinheim: Beltz.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 153-164.

- Puschner, B., Haug, S., Häfner, S., & Kordy, H. (2004). Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundungsverlauf. Stationäre versus ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49(3), 182-192.
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L., & Berking, M. (2014). Successful Emotion Regulation Skills Application Predicts Subsequent Reduction of Symptom Severity During Treatment of Major Depressive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 248-262.
- Renneberg, B., Mücke, M., Wallis, H., Fydrich, T., & Thomas, C. (2003). Wie sozial kompetent sind Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24(3), 1-17.
- Renner, B. a. S., R. (2003). Social-cognitive factors in health behavior change. In J. Suls & K. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 169-196). Oxford: Blackwell.
- Riggio, R. E., & Zimmerman, J. (1991). Social skills and interpersonal relationships: influences on social support and support seeking. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 2, pp. 133–155). London: Jessica Kingsley.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age.
- Schneider, J., & Rief, W. (2007). Self-efficacy expectations and treatment outcome of patients with persistent somatoform pain disorder (ICD-10: F45.4). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(1), 46-56.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141(4), 523-536.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartungen. Zur Erfassung einer kognitiven Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105-123.
- Schwarzer, R. (2002). Selbstwirksamkeitserwartungen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Eds.), *Gesundheitspsychologie von A-Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Schütz, A. (2003). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütz, A., & Sellin, I. (2006). *Multidimensionale Selbstwertskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.

- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 637-646.
- Selye, H. (1950). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Montreal: Acta Inc. Medical Publishers.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.
- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 14(4), 307-322.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). Terror management theory of self-esteem. In C. Snyder & D. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (pp. 21-40). New York: Pergamon.
- Spitzer, C., Masuhr, O., Jaeger, U., Brünig, S., DümpeImann, M., & Dally, A. (2012). Misserfolge in der stationären Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 57, 417-424.
- Stenzel, N., Krumm, S., Hartwich-Tersek, J., Beisel, S., & Rief, W. (2013). Psychiatric Comorbidity is Associated with Increased Skill Deficits. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 501-512.
- Stenzel, N., Krumm, S., & Rief, W. (2010). Therapieplanung mithilfe des Interviews zur operationalisierten Fertigkeitendiagnostik. *Verhaltenstherapie: Praxis, Forschung, Perspektiven*, 20, 109-117.
- Stenzel, N., & Rief, W. (2011). Operationalisierte Fertigkeitendiagnostik zur Therapieplanung. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4(2), 111-132.
- Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(1), 45-98.
- Surguladze, S. A., Young, A. W., Senior, C., Brebion, G., Travis, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Recognition accuracy and response bias to happy and sad facial expressions in patients with major depression. *Neuropsychology*, 18(2), 212-218.

- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53-67.
- Ullrich, R., & Ullrich de Muynck, R. (2001, 2003, 2004). *Das Assertiveness-Trainings-Programm (ATP)* (Vol. 3 Bde.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Vaidya, C. J., Bunge, S. A., Dudukovic, N. M., & Zalecki, C. A. (2005). Altered neural substrates of cognitive control in childhood ADHD: Evidence from functional magnetic resonance imaging. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1605-1613.
- van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- VanBoven, A. M., & Espelage, D. L. (2006). Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 341-348.
- Weber, H. (2002). Ressourcen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Eds.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (pp. 466-469). Göttingen: Hogrefe.
- Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M., & Brendle, J. R. (2005). Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 505-519.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187.
- Zimmerman, M. A., Copeland, L. A., Shope, J. T., & Dielman, T. E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 117-141.
- Zvolensky, M. J., Kotov, R., Antipova, A. V., & Schmidt, N. B. (2005). Diathesis stress model for panic-related distress: a test in a Russian epidemiological sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 521-532.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L., & Beutel, M. E. (2004). Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Rehabilitation*, 43(1), 10-16
- Öst, L. G., & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs. cognitive-behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 145-158.

Anhang

A. Buchkapitel

Stumpenhorst, M., & Berking, M. (2013). Kompetenztrainings. In M. Berking & W. Rief (Eds.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

B. Artikel 1

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2013). Transdiagnostische Fertigkeiten in Abhängigkeit vom Behandlungssetting. Fertigungsdefizite stationärer vs. ambulanter Patienten. *Psychotherapeut*, 59, 138-146.

C. Artikel 2

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014). Skill deficits and psychopathology. A transdiagnostic study. *Manuskript zur Publikation eingereicht*.

D. Artikel 3

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., & Rief, W. (2014) About the relationship between skill deficits and functional disability. *Manuskript zur Publikation eingereicht*.

E. Eidesstattliche Erklärung

Anhang A: Buchkapitel

95

9

9 Kompetenztrainings

Mareike Stumpenhorst und Matthias Berking

9.1 Training sozialer Kompetenzen – 95

- 9.1.1 Theoretischer Hintergrund – 95
- 9.1.2 Diagnostik – 96
- 9.1.3 Konkretes Vorgehen (am Beispiel des GSK) – 96
- 9.1.4 Wirksamkeit – 98

9.2 Training emotionaler Kompetenzen (TEK) – 98

- 9.2.1 Theoretischer Hintergrund – 98
- 9.2.2 Diagnostik – 100

- 9.2.3 Konkretes Vorgehen (am Beispiel des TEK) – 100

- 9.2.4 Einsatzgebiete und Wirksamkeit – 102

9.3 Problemlösetrainings – 102

- 9.3.1 Theoretischer Hintergrund – 102
- 9.3.2 Diagnostik und konkretes Vorgehen – 103
- 9.3.3 Wirksamkeit – 104

9.4 Literaturverzeichnis – 104

Lernziele

- Relevanz, Vorgehen und Effektivität von Trainings sozialer Kompetenzen einschätzen können.
- Relevanz, Vorgehen und Effektivität des Trainings emotionaler Kompetenzen einschätzen können.
- Relevanz, Vorgehen und Effektivität von allgemeinen Problemlösetrainings einschätzen können.

Für die Bewältigung eines Problems ist es oft notwendig, dass Patienten Verhaltensänderungen vornehmen. Diese erfordern zum einen eine ausreichende Motivation und zum anderen die Fähigkeit, die neuen Verhaltensweisen auch auszuüben. Je nach Problem sind dafür verschiedene Fertigkeiten oder Kompetenzen erforderlich. Im Kontext der Psychotherapie haben sich **soziale** und **emotionale Kompetenzen** sowie allgemeine **Problemlösekompetenzen** als besonders relevant erwiesen. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden einige Verfahren vorgestellt, mit denen diese Kompetenzen systematisch trainiert werden können.

9.1 Training sozialer Kompetenzen

9.1.1 Theoretischer Hintergrund

Bei einer Reihe von Störungsbildern (v. a. soziale Phobie, Depression) wird angenommen, dass Defizite in der **sozialen Kompetenz** eine wichtige Rolle bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen. Etwaige Defizite beziehen sich dabei auf die prinzipielle Verfügbarkeit der notwendigen Fertigkeiten (z. B. »Ich weiß nicht, was ich sagen soll, wenn ich mit jemandem flirten will«) und/oder auf die Fähigkeit, diese Kompetenzen praktisch umzusetzen (»Ich weiß genau, was ich sagen will, aber ich

Die systematische Förderung relevanter Kompetenzen ist ein zentraler Wirkfaktor psychotherapeutischer Behandlungen.

Soziale Kompetenzdefizite können für die Aufrechterhaltung verschiedener Störungen eine Rolle spielen.

► Definition Soziale Kompetenz

Trainings sozialer Kompetenzen sollten auf einer systematischen Kompetenzanalyse aufbauen.

Das GSK unterscheidet drei Situationstypen: Typ R (Recht durchsetzen), Typ B (Beziehungen) und Typ S (um Sympathie werben).

krieg' kein Wort über die Lippen, wenn ich ihn/sie sehe«). Soziale Kompetenzdefizite können Patienten sowohl bei der Befriedigung wichtiger (interpersonaler) Bedürfnisse als auch beim Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung behindern. Ob dies tatsächlich der Fall ist, muss im Einzelfall geprüft werden.

Definition

Soziale Kompetenz umfasst die Menge spezifischer Fertigkeiten, die für das effektive Erreichen persönlicher Ziele im interpersonalen Kontext notwendig ist. Dazu gehören folgende Fertigkeiten:

- Sympathien anderer gewinnen (z. B. durch Blickkontakt aufnehmen, lächeln, etwas sagen, was den anderen interessiert, Komplimente machen)
- eigene Interessen durchsetzen (Nein-Sagen, eigene Forderungen mit fester Stimme und selbstbewusster Körperhaltung vortragen)
- stabile Beziehungen aufbauen (sich in andere einfühlen, eigene Bedürfnisse zurückstellen)
- konstruktiv mit Konflikten umgehen (konträre Sichtweisen/Wünsche klären, Kompromisse eingehen)
- um Hilfe bitten, Hilfe anbieten (Hilfsbedürftigkeit bei sich und anderen nicht als Schwäche sehen)
- Kritik konstruktiv austeilen und nutzen (Kritikpunkte konkret und verhaltensbezogen formulieren, Kritik als hilfreiches Feedback sehen)

9.1.2 Diagnostik

Vor der Durchführung eines sozialen Kompetenztrainings ist zu klären,

- ob beim Patienten bedeutsame Kompetenzprobleme vorliegen,
- auf welche Arten von Situationen sie sich beziehen und
- ob sie in einer relevanten Beziehung zu den Behandlungszielen stehen.

Als Ergänzung einer diesbezüglichen Exploration können verschiedene standardisierte Verfahren herangezogen werden. Dazu zählen u. a. der Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ; Kanning, 2006), der Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen; Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977) und das strukturierte Interview zur operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik (OFD; Stenzel, Krumm & Rief, 2010).

9.1.3 Konkretes Vorgehen (am Beispiel des GSK)

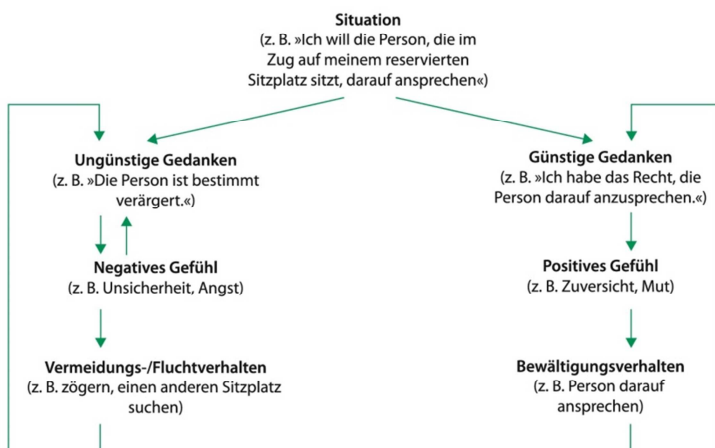
Erste Ansätze, soziale Kompetenzen systematisch zu trainieren, wurden bereits Mitte des letzten Jahrhunderts entwickelt (Salter, 1949). Zu den aktuell populären und wissenschaftlich gut untersuchten Trainings gehören das Assertiveness Training Programm (ATP) von Ullrich und Ullrich de Muynck (2001, 2003, 2004) und das **Gruppentraining zur Förderung sozialer Kompetenzen (GSK)** von Hinsch und Pflingsten (2007), auf das im Folgenden näher eingegangen wird.

Das GSK ist ein halbstandardisiertes Gruppenprogramm, das in sieben Sitzungen mit einer Dauer von je zweieinhalb Stunden durchgeführt werden kann. Die Gruppengröße beläuft sich auf acht bis zehn Personen (bei zwei Trainern). Beim GSK wird davon ausgegangen, dass zur Bewältigung der unterschiedlichen, voneinander abgrenzbaren Klassen von Situationen eine Vielzahl von verschiedenen Fertigkeiten nötig ist, die jeweils gezielt trainiert werden sollen. Folgende Situationstypen werden unterschieden:

9.1 · Training sozialer Kompetenzen

97

9



■ **Abb. 9.1** Erklärungsmodell sozial (in-)kompetenten Verhaltens

- **Typ R (Recht durchsetzen):** rechtlich oder konventionell begründete Ansprüche und Forderungen durchsetzen (z. B. einen beschädigten Artikel im Geschäft reklamieren)
- **Typ B (Beziehungen):** Aufnahme und Aufrechterhaltung persönlicher Beziehungen (z. B. ein Gespräch auf einer Party initiieren)
- **Typ S (um Sympathie werben):** Anliegen durchsetzen, auch wenn mir dies nicht per Gesetz zusteht, sondern ich dafür auf die Sympathie des Gegenübers angewiesen bin (z. B. in einer Warteschlange vorgelassen werden)

Im Folgenden werden wichtige Trainingselemente des GSK vorgestellt.

Erklärungsmodell sozialkompetenten Verhaltens Zu Beginn wird den Patienten ein Erklärungsmodell für eine selbstunsichere bzw. selbstsichere Verhaltenssequenz verdeutlicht. Dieses wird zunächst an einem konkreten, alltäglichen Beispiel erläutert. Anschließend wird gemeinsam mit den Patienten die Struktur des Schemas herausgearbeitet (■ Abb. 9.1).

Diskriminationsübung Das Diskriminationstraining dient der Unterscheidung zwischen selbstsicheren, unsicheren und aggressiven Verhaltensweisen (■ Tab. 9.1). Im Training wird zunächst in Kleingruppen eine mögliche Zuordnung erarbeitet, die anschließend in der Großgruppe diskutiert wird. Diese Übung ist u. a. deswegen von

Sozialkompetentes Verhalten wird anhand eines Erklärungsmodells verdeutlicht.

Die Patienten lernen mithilfe von Diskriminationsübungen zwischen sicheren, unsicheren und aggressiven Verhaltensweisen zu unterscheiden.

■ **Tab. 9.1** Unterscheiden lernen zwischen selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten

Merkmal	Sicher	Unsicher	Aggressiv
Stimme	laut, klar, deutlich	leise, zaghaft	brüllend, schreiend
Formulierung	eindeutig	unklar, vage	drohend, beleidigend
Inhalt	präzise Begründung, Ausdrücken eigener Bedürfnisse, Benutzung von »ich«, Gefühle werden direkt ausgedrückt	überflüssige Erklärungen, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Benutzung von »man«, Gefühle werden indirekt ausgedrückt	keine Erklärung und Begründung, Drohungen, Beleidigungen, Kompromisslosigkeit, Rechte anderer werden ignoriert
Gestik, Mimik	unterstreichend, lebhaft, entspannte Körperhaltung, Blickkontakt	kaum vorhanden oder verkrampft, kein Blickkontakt	unkontrolliert, drohend, wild gestikulierend, kein Blickkontakt bzw. Anstarren

Anhand von Rollenspielen kann sozial kompetentes Zielverhalten eingeübt werden.

großer Bedeutung, weil selbstunsichere Personen selbstsichere Verhaltensweisen bereits als »aggressiv« beurteilen.

Rollenspiele Mithilfe von Rollenspielen üben die Patienten soziale Zielverhaltensweisen ein. Rollenspiele dienen aber auch als Exposition mit gefürchteten Situationen (► Beispiel). Als Rollenspielpartner fungieren i.d.R. die Trainer.

Beispiel

Rollenspielsituation aus dem Bereich Beziehungen (Typ B)

Situation: Auf einer Feier macht Ihnen ein guter Bekannter ein Kompliment zu Ihrem Aussehen, über das Sie sich sehr freuen.

Instruktion: Drücken Sie Ihre positiven Gefühle (z. B. Ihre Freude) klar und deutlich aus. Halten Sie dabei Blickkontakt.

Instruktionen des Trainers und Modellierungen helfen bei der Vermittlung von Informationen zum Zielverhalten. Annäherungen an das Zielverhalten werden systematisch verstärkt.

Ein Rollenspiel besteht zumeist aus fünf Phasen: (1) Vorbesprechung, (2) erstes Rollenspiel, (3) erstes Feedback, (4) zweites Rollenspiel (gleiche Situation), (5) zweites Feedback.

Die Optimierung des aufzubauenden Verhaltens kann über Instruktion, Modellierung und/oder Rückmeldung erfolgen:

- Unter **Modellierung** versteht man die Vermittlung des Zielverhaltens über die direkte Vorführung dieses Verhaltens (z. B. Modellrollenspiele, Zeigen von Videoaufnahmen oder Bildern).
- **Instruktionen** bezeichnen schriftliche oder mündliche Anweisungen oder die Angabe von Regeln zur Ausführung des Zielverhaltens (z. B. »Achten Sie darauf, Blickkontakt mit Ihrem Partner zu halten, und erklären Sie Ihren Standpunkt mit ruhiger, nicht zu leiser Stimme«).
- **Rückmeldungen** (Feedback) bzw. Verstärkungen des gewünschten Verhaltens beziehen sich darauf, was an der Performanz des Patienten bereits gut war und wo noch Verbesserungen möglich sind.

Entspannungsübungen und konstruktive Selbstinstruktionen sind weitere wichtige Elemente im GSK.

Entspannungsübungen/Selbstinstruktionen Entspannungstechniken helfen Patienten im konstruktiven Umgang mit Aufregung oder Angst und stärken das Vertrauen in die eigenen Bewältigungskompetenzen. Effektive Selbstinstruktionen erleichtern die Ausführung neu erworbener Verhaltensweisen angesichts von Schwierigkeiten.

Die Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings konnte für verschiedene Störungsbilder und Patientengruppen bestätigt werden.

9.1.4 Wirksamkeit

Die Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings konnte für zahlreiche Störungsbilder und Patientengruppen bestätigt werden. Überzeugende Wirksamkeitsnachweise liegen beispielsweise für Depressionen, Partnerschaftsprobleme, Schizophrenien und substanzbezogene Störungen vor (Bauer, 2007). Als besondere Stärke dieser Ansätze wird gesehen, dass Patienten **praktisch und verhaltensnah** neue Verhaltensweisen zur besseren Bewältigung sozialer Alltagssituationen erlernen.

9.2 Training emotionaler Kompetenzen (TEK)

9.2.1 Theoretischer Hintergrund

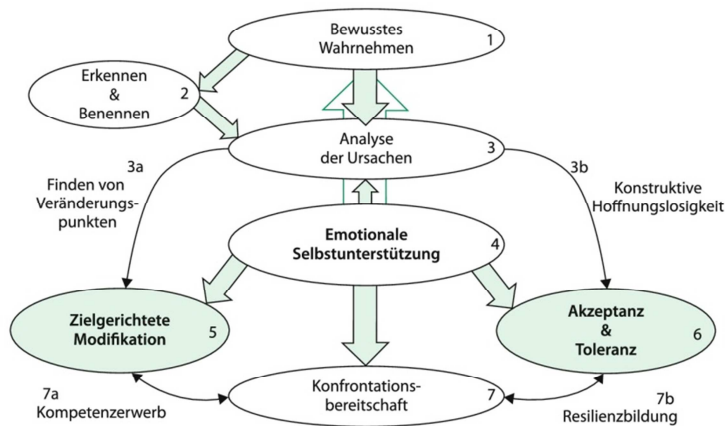
Emotionsregulationsdefizite sind für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen maßgeblich.

Defizite in der **Emotionsregulation** gelten als bedeutender Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen. Es wird angenommen, dass nicht ausreichend regulierte Emotionen definierende Merkmale psychischer Stö-

9.2 · Training emotionaler Kompetenzen (TEK)

99

9



■ **Abb. 9.2** Adaptive Emotionsregulation als situationsabhängiges Zusammenspiel emotionaler Kompetenzen

rungen sein können (z. B. Angst bei Angststörungen) und/oder dysfunktionale Regulationsversuche auslösen, die als kognitive oder behaviorale Symptome psychischer Störungen gelten (z. B. Essattacken zur Reduktion von Anspannung oder Langeweile bei Essstörungen). Vor diesem Hintergrund ist die Vermittlung adaptiver Emotionsregulationsstrategien ein zentrales Ziel präventiver und psychotherapeutischer Maßnahmen.

Definition

Emotionsregulation wird definiert als die Menge aller Prozesse, die am Monitoring, der Evaluation und Modifikation emotionaler Reaktionen, insbesondere deren Intensität und zeitlicher Dauer, beteiligt sind.

► Definition

Emotionsregulation

Aber welche **Kompetenzen** gilt es dabei zu berücksichtigen? In dem in ■ Abbildung 9.2 dargestellten Modell adaptiver Emotionsregulation (TEK-Modell) von Berking (2010) werden potenziell relevante emotionale Kompetenzen spezifiziert. Dazu zählen die Fähigkeiten, affektive Zustände (d. h. Emotionen, Stimmungen, Stressreaktionen und motivationale Impulse, vgl. Gross & Thompson, 2009)

- bewusst wahrzunehmen,
- sie korrekt zu identifizieren und zu benennen,
- ihre Ursachen zu verstehen,
- sie zu verändern bzw.
- sie zu akzeptieren und zu tolerieren, wenn Veränderung nicht möglich ist,
- sich erfahrungsoffen in Situationen zu begeben, die diese Gefühle auslösen und
- sich während der Konfrontation mit negativen Gefühlen innerlich »liebvoll« zu unterstützen (anstatt sich für die eigenen emotionalen Reaktionen zu kritisieren und abzuwerten).

Eine zentrale Annahme des TEK-Modells der adaptiven Emotionsregulation besagt, dass die Veränderungs- und Akzeptanz-/Toleranzkompetenzen letztlich für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit entscheidend sind. Von den anderen Kompetenzen im Modell wird angenommen, dass sie nur insofern relevant sind, als dass sie den erfolgreichen Einsatz der Modifikations- und/oder der Akzeptanz-/Toleranzkompetenzen erleichtern.

Eine weitere Annahme des Modells besagt, dass den meisten Emotionsregulationskompetenzen ein aversives Erfahrungspotenzial zugeschrieben werden muss. In die-

Die Fähigkeit, belastende affektive Reaktionen verändern und/oder akzeptieren und aushalten zu können, ist von zentraler Bedeutung für die psychische Gesundheit.

Während des Versuchs, die eigenen Emotionen zu regulieren, erfahren Patienten oft eine kontinuierliche Verschlechterung ihrer Stimmung.

Für die Erfassung emotionaler Kompetenz existieren mittlerweile eine Reihe von diagnostischen Verfahren.

Das TEK integriert bewährte Methoden der Emotionsregulation zu einem systematischen Training.


TEK-Sequenz: Einsatz der TEK-Kompetenzen in einer festgelegten Reihenfolge zur Bewältigung belastender affektiver Reaktionen

sem Sinne ist es z. B. schmerzhaft, belastende Emotionen bewusst zu spüren oder zu überlegen, warum es einem gerade schlecht geht. Außerdem werden beim Versuch, Emotionen zu verändern, oft Misserfolge erlebt, da sich Emotionen nicht willkürlich beeinflussen lassen. In den sich dann oft notgedrungen anschließenden Versuchen, belastende Emotionen zu akzeptieren, fühlen sich Patienten hilflos, weil sie über keine konkreten Handlungsalternativen verfügen, mit denen sich das Ziel des Akzeptierens erfolgreich anstreben ließe. In der Folge oszillieren sie zwischen nicht erfolgreichen Veränderungs- und Akzeptanzbemühungen hin und her, während die Stimmung immer schlechter wird. Mit dieser zunehmenden **Stimmungsverschlechterung** wächst die Gefahr, dass impulsive Verhaltensmuster ausgelöst werden, die primär dem Zweck der kurzfristigen Stimmungsverbesserung dienen, ohne Rücksicht auf mögliche negative langfristige Folgen. Bei diesen Verhaltensmustern kann es sich um konstituierende Elemente einer sich entwickelnden psychischen Störung handeln (z. B. Essattacke bei Essstörungen, Vermeidungsverhalten bei Angststörungen, Drogenkonsum bei substanzbezogenen Störungen, Sich-Sorgen bei Generalisierter Angststörung, Hilf- und Hoffnungslosigkeitsgedanken bei Überforderung). Durch die kurzfristig positiven Effekte werden diese Verhaltensmuster selektiv verstärkt und treten zukünftig häufiger auf. Auf diese Weise können dysfunktionale Versuche der Emotionsvermeidung letztlich zum Ausgangspunkt für die Entwicklung einer psychischen Störung werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, im Prozess der Emotionsregulation selbst die eigene Stimmung kontinuierlich zu monitorieren und bei Bedarf wieder zu »reparieren«. Diese Kompetenz wird im TEK-Modell als **effektive Selbstunterstützung** bezeichnet.

9.2.2 Diagnostik

Um sich ein Bild von den emotionalen Kompetenzen eines Patienten zu machen, können ergänzend zur Exploration im Gespräch (»Was für ein Gefühl ist das? Wie gehen Sie damit um? Können Sie es akzeptieren, dass dieses Gefühl da ist? Wie versuchen Sie, aus dem Gefühl heraus zu kommen? Klappt das?« etc.) standardisierte Verfahren eingesetzt werden, wie z. B. der Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Abler & Kessler, 2009), die Negative Mood Regulation Scale (NMR, dt.: Backenstrass et al., 2008), der Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008; SEK-ES; Ebert, Christ & Berking, 2012), die Difficulties with Emotion Regulation Scale (DERS; dt.: Ehring et al., 2012), der Affective Style Questionnaire (ASQ; Graser et al., 2012), die Trait-Meta-Mood Scale (TMMS, dt.: Otto et al., 2001), der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKT; Rindermann, 2009) oder das Interview zur operationalisierten Fertigkeitendiagnostik (OFD; Stenzel, Krumm & Rief, 2010).

9.2.3 Konkretes Vorgehen (am Beispiel des TEK)

Im Prinzip lassen sich fast alle psychotherapeutischen Methoden als Mittel zur Stärkung emotionaler Kompetenzen verstehen. Das im Folgenden dargestellte Training emotionaler Kompetenzen (TEK) nach Berking (2010) zeichnet sich dadurch aus, dass es explizit und ausschließlich auf die Förderung **emotionaler Kompetenzen** fokussiert und diese systematisch trainiert. Dabei werden bewährte therapeutische Methoden zu einem systematischen Training integriert. Den Kern des Trainings stellt die Vermittlung der in  Abbildung 9.3 dargestellten Kompetenzen dar.

Aufbauend auf einer psychoedukativen Einleitung über Ursachen und Funktionen von Emotionen wird die Notwendigkeit jeder einzelnen TEK-Kompetenz zunächst mithilfe eines neuropsychotherapeutischen Modells hergeleitet. Dann wird für jede

9.2 · Training emotionaler Kompetenzen (TEK)

101

9



■ **Abb. 9.3** TEK-Kompetenzen und TEK-Sequenz

Kompetenz eine Übung vorgestellt, mit der sich diese systematisch trainieren lässt. Die Übungen dauern zunächst ca. 20 Minuten, werden aber in der Folge zunehmend verkürzt, so dass sie im späteren Verlauf in wenigen Minuten, letztlich sogar in wenigen Sekunden praktiziert werden können. Die einzelnen Kompetenzen bauen dabei so aufeinander auf, dass sie in Belastungssituationen als sog. **TEK-Sequenz** hintereinander eingesetzt werden können.

Inhaltlich lassen sich die TEK-Kompetenzen drei größeren Gruppen evidenzbasierter Interventionen zuordnen: Die ersten beiden Kompetenzen dienen im Sinne einer »**applied relaxation**« (z. B. Öst, 1987) der möglichst schnellen Reduktion überschießenden psychophysiologischen Arousal, welches bei vielen belastenden Gefühlen eine wichtige Rolle spielt. Mit Muskel- und Atementspannung wird dieses Arousal reduziert, was oft einen ersten Schritt zur Reduktion der Intensität des belastenden Gefühls darstellen kann. Zusätzlich wird mit dem »inneren Zur-Ruhe-Kommen« die Selbstregulationsfähigkeit des Organismus gestärkt und damit die Grundlage für den erfolgreichen Einsatz weiterer Emotionsregulationsstrategien geschaffen. Die Basiskompetenzen 3 bis 5 basieren in Anlehnung an die achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Interventionsformen und der Emotion-Focused Therapy auf der Annahme, dass man »bei einer Emotion erst einmal ankommen muss, um sie dann verändern zu können« (Greenberg, 2002). Die damit einhergehende Fokussierung auf die **Validierung** (Linehan, 1993) negativer Gefühle verhindert, dass ein (zu) schneller Einsatz von veränderungsorientierten Techniken das grundlegende Vermeidungsverhalten von Patienten gegenüber negativen Emotionen (»experiential avoidance«) verstärkt. Diese Verstärkung ist problematisch, da der Kampf gegen belastende Gefühle oft ein zentraler aufrechterhaltender Mechanismus im Störungsgeschehen ist (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; ► Exkurs). Bei der Würdigung der Meriten akzeptanzbasierter Interventionen sollte allerdings nicht vergessen werden, dass die Fertigkeiten der **Analyse und aktiven Veränderung** belastender Emotionen (Basiskompetenzen 6 und 7) in einer Vielzahl tendenziell veränderungsorientierter (KVT-) Interventionsprogramme mit großem Erfolg eingesetzt werden.

3 Gruppen von TEK-Kompetenzen: Entspannung, Achtsamkeit und Selbstunterstützung sowie Analyse und Regulation

Exkurs

Akzeptieren – warum das denn?

Patienten haben oft Schwierigkeiten, belastende Gefühle zu akzeptieren. Stattdessen sind sie darauf fixiert, solche Gefühle möglichst schnell nicht mehr spüren zu müssen. Da sich Emotionen der direkten willkürlichen Kontrolle entziehen und auch über bewusst eingesetzte Emotionen oder Verhaltensweisen nur in begrenztem Umfang beeinflussbar sind, ist es allerdings sehr schwierig, das Ziel der Emotionsabschwächung zu erreichen. Je rigider Patienten

in einer solchen Situation an dem Ziel der Emotionsreduktion festhalten, umso mehr wird das Nicht-Erreichen dieses Ziels weitere negative Emotion auslösen. Damit entsteht ein Teufelskreis, in dem der Kampf gegen Emotionen diese nur verstärkt. Deswegen ist es wichtig, dass Patienten auch lernen, Emotionen – zumindest für die Zeit, in der sie diese nicht verändern können – zu akzeptieren und auszuhalten.

102 Kapitel 9 · Kompetenztrainings

Die systematische Förderung eines regelmäßigen Trainings ist ein zentrales Element des TEK.

Das TEK ist primär als Gruppentraining konzipiert, es ist aber auch in der Einzeltherapie einsetzbar.

9

► Definitionen
Problem &
Problemlösen

Die Stärkung genereller Problemlösekompetenzen ist ein zentrales übergeordnetes Therapieziel.

Eine weitere zentrale Annahme des Trainings besagt, dass für eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung vieler psychischer Störungen das **regelmäßige, tägliche Praktizieren** relevanter emotionaler Kompetenzen eine zentrale Rolle spielt. Deswegen ist es Ziel des Trainings, dass die Teilnehmer zumindest über den intensiven Trainingszeitraum von sechs Wochen die erarbeiteten Kompetenzen mindestens einmal am Tag in einer 20–30 Minuten dauernden Übung und mindestens dreimal am Tag in fünf bis zehn Sekunden dauernden Übungen praktizieren. Um ein solches Training realisieren zu können, werden die Teilnehmer von den Trainern durch gezielte Motivationsarbeit und mithilfe eines mit den jeweiligen Trainingsinhalten synchronisierten SMS-Coachings unterstützt. Am Ende des Kurses wird systematisch herausgearbeitet, wie die Teilnehmer individuell relevante Elemente des TEK als Alltagsrituale langfristig in ihren Tagesablauf integrieren und selbstständig weiter praktizieren können.

9.2.4 Einsatzgebiete und Wirksamkeit

Das TEK kann als flankierende Maßnahme während einer ambulanten Einzeltherapie, als Teil eines stationären Behandlungsangebotes oder zur Präventionsarbeit mit Risikogruppen eingesetzt werden. In klinischen Settings sollte das Training immer Bestandteil eines umfassenden Behandlungsplans sein, der auch die jeweils indizierten störungsspezifischen Interventionen beinhaltet. Außerdem sollten in klinischen Settings alle Trainingsteilnehmer auch in einzeltherapeutischer Behandlung sein. So können die im TEK gemachten Lernerfahrungen individuell vertieft und der Transfer in den Alltag der Patienten gezielt gefördert werden. Grundsätzlich ist das TEK als **Gruppentraining** konzipiert, es ist aber mit geringfügigen Modifikationen auch in der Einzeltherapie einsetzbar. Da das Training zum Teil relativ hohe Ansprüche an Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen der Teilnehmer stellt, ist es wichtig, sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der Art der Darbietung darauf zu achten, dass die Teilnehmer sich nicht überfordert fühlen. Ergebnisse bisheriger Evaluationsstudien deuten daraufhin, dass das TEK sowohl bei Risiko- als auch bei klinischen Populationen als effektives Interventionsverfahren gelten kann (vgl. Berking, Meier & Wupperman, 2010; Berking et al., 2008).

9.3 Problemlösetrainings

9.3.1 Theoretischer Hintergrund

Viele Patienten definieren sich geradezu darüber, dass sie zumindest ein Problem nicht ohne fremde Hilfe lösen konnten – sonst hätten sie sich nicht in Therapie begeben.

Definitionen

Problem: Besteht aus einem Ist-Zustand (wo ich bin), einem Soll-Zustand (wo ich hin will) und einer Barriere (die verhindert, dass ich den Soll-Zustand erreiche)

Problemlösen: Finden eines zuvor nicht ersichtlichen Weges, mit dem die Barriere und damit die Differenz von Ist- zu Soll-Zustand überwunden werden kann

In Anbetracht der Vielfalt möglicher Probleme, denen die Patienten auch zukünftig noch begegnen werden, wäre es unökonomisch, den Behandlungsfokus ausschließlich auf das Erarbeiten konkreter Lösungen für spezifische Probleme zu legen. Stattdessen gilt es, Patienten am Beispiel des bearbeiteten Problems auch eine **generelle Heuristik für den Umgang mit Problemen** im Allgemeinen zu vermitteln. Mithilfe einer solchen

Heuristik können Patienten selbstständig nach Abschluss der Therapie auch Probleme bewältigen, die in der Therapie nicht konkret thematisiert wurden. Vor diesem Hintergrund haben verschiedene Autoren (z. B. D’Zurilla & Nezu, 2010) ein idealtypisches Schema für den Umgang mit Problemen, das Allgemeine Problemlösemodell erarbeitet (► Für die Praxis).

Für die Praxis

Allgemeines Problemlösemodell

Vorgehensweise

- Eine konstruktive Einstellung zum Problem aktivieren.
- Das Problem sorgfältig beschreiben (inkl. Ist- und Soll-Zustand und der Barriere, die verhindert, dass ich den erwünschten Zustand erreiche) und analysieren (Warum ist der Ist-Zustand, wie er ist? Warum ist mir der Soll-Zustand so wichtig? Was hält die Barriere aufrecht?).
- Ein Ziel setzen, das bei der Lösung des Problems weiterhilft (das Ziel muss relevant, realistisch und konkret sowie nicht identisch mit dem Soll-Zustand des Problems sein).
- Möglichst unkritisch eine Vielzahl von Ideen zusammentragen, wie das Ziel erreicht werden könnte (Brainstorming).
- Die Ideen bewerten (ggf. Vor- und Nachteile auflisten, gewichten und dann jeweils eine gewichtete Summe bilden, welche den Netto-Nutzen repräsentiert).
- Gute Ideen zu einem konkreten Plan zusammenstellen (Was mache ich wann, wo und wie? Mit welchen Schwierigkeiten muss ich rechnen? Wie gehe ich mit diesen Schwierigkeiten um?).
- Plan in die Tat umsetzen.
- Erfolg prüfen (wenn ja: Selbstverstärkung; wenn nein: Ursachenanalyse und in Abhängigkeit von den Ergebnissen: denselben Plan nochmal, neue Ideen sammeln, oder Ziel überdenken, Ansprüche reduzieren, ggf. Akzeptanz als Ziel setzen).

9.3.2 Diagnostik und konkretes Vorgehen

Um sich von den **Problemlösekompetenzen** des Patienten ein Bild zu machen, können während der Exploration im Gespräch u. a. die folgenden Fragen eingesetzt werden:

- Wie gehen Sie mit dem Problem um?
- Was ist Ihr Ziel in dieser Situation?
- Was fehlt Ihnen, um dieses Ziel erreichen zu können?
- Was für Ideen haben Sie, um Ihr Ziel zu erreichen?
- Wie haben Sie versucht, diese Idee umzusetzen?

Ergänzend können Fragebögen (z. B. Diagnostisches Inventar zur Erfassung der Problemlösefähigkeit, DIP; Dirksmeier, 1991; Fragebogen zum Problemlösen, PLF; König et al., 1985), Testverfahren (Means-End-Problem-Solving-Procedure; dt.: Kemmler & Borgart, 1982) und/oder Interviews wie das OFD (s.o.) zum Einsatz kommen.

Um die Problemlösekompetenzen des Patienten zu stärken, lässt sich im Sinne der **Selbstmanagementtherapie** (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) der komplette Therapieprozess am Allgemeinen Problemlösemodell ausrichten. Anhand exemplarischer und in der Therapie behandelter Probleme wird der Patient dabei implizit in das Allgemeine Problemlösemodell eingeführt. Der Therapeut unterstützt die Vermittlung des Modells aber auch dadurch, dass er die hinter dem therapeutischen Vorgehen stehende Struktur (Probleme definieren, Ziele erarbeiten etc.) explizit transparent macht und den Patienten anhält, diese für den Umgang mit auftretenden Problemen selbstständig zu nutzen.

Problemlösetrainings werden dagegen in der Regel im Gruppensetting durchgeführt und fokussieren explizit und exklusiv auf die Förderung dieser generellen Problemlösekompetenz. Problemlösetrainings beginnen in der Regel mit einer psychoedukativen Einleitungsphase, in der die Relevanz guter Problemlösekompetenzen für

Fragen und Instrumente zur Erfassung von Problemlösekompetenzen

Selbstmanagementtherapie:
Psychotherapie als exemplarisches Problemlösen

Problemlösetrainings: systematisches Üben des Allgemeinen Problemlösemodell an relevanten Problemen der Patienten

Problemlösetrainings und -therapien gelten als hochwirksame Interventionsverfahren.

► Weiterführende Literatur

die Teilnehmer begründet und das Allgemeine Problemlösemodell vorgestellt wird. Anschließend werden für konkrete Probleme der Teilnehmer – mit Hilfe des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder – Lösungen entwickelt und an deren Umsetzung gearbeitet. In der Abschlussphase liegt der Fokus auf dem zunehmend selbstständigen Einsatz der erworbenen Kompetenzen im Alltag der Patienten.

9.3.3 Wirksamkeit

Problemlösetrainings werden als eigenständige Therapiemaßnahme, als Komponente von Stressbewältigungstrainings (z. B. Kaluza, 2011) und im Rahmen komplexerer KVT-basierter Behandlungsprogramme eingesetzt. Die Wirksamkeit des Verfahrens ist mittlerweile durch eine Vielzahl von Studien belegt. In einer Metanalyse über verschiedene Anwendungsbereiche hinweg berichteten Malouff, Thorsteinsson und Schutte (2007) von durchschnittlichen Effekten von $d = 1.37$ und $d = 0.54$ im Vergleich zu unbehandelten bzw. Placebo-Kontrollgruppen. Speziell im Bereich der Behandlung depressiver Störungen berichteten Bell und D’Zurilla (2009) von einer Überlegenheit von Problemlösetrainings im Vergleich mit diversen aktiven und passiven Kontrollbedingungen im Rahmen einer gemittelten Effektstärke von $d = 0.40$. Problemlösetrainings erwiesen sich dabei als genauso effektiv wie andere empirisch-validierte psychosoziale und pharmakologische Behandlungsansätze. Komponentenanalysen zeigten in dieser Studie, dass die Trainings effektiver waren, wenn sämtliche Schritte des Problemlöseprozesses (inklusive der Aktivierung einer konstruktiven Einstellung zum Problem) thematisiert wurden.

- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
 D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer.
 Gross, J. J. (2009). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford.
 Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: PVU.

9.4 Literaturverzeichnis

- Abler, B. & Kessler, H. (2009) Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55, 144-152.
 Backenstrass, M., Pfeiffer, N., Schwarz, T., Catanzaro, S. J. & Mearns, J. (2008). Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version der Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation (NMR). *Diagnostica*, 54, 43-51.
 Bauer, M. (2007). Trainings sozialer Kompetenzen – Konzepte und Anwendungsgebiete. In: Hinsch, R. & Pfingsten, U. (Hrsg.), *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)* (S. 73-89). Weinheim: PVU.
 Bell, A. C. & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348-353.
 Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
 Berking, M. & Znoj, H. J. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 141-152.
 Berking, M., Meier, C. & Wupperman, P. (2010). Enhancing emotion-regulation skills in police officers: Results of a controlled study. *Behavior Therapy*, 41, 329-339.
 Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). General emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
 Dirksmeier, C. (1991). *Erfassung von Problemlösefähigkeit: Konstruktion und erste Validierung eines diagnostischen Inventars*. München: Waxmann.
 D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In: Dobson, K. S. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197-225). New York: Guilford Press.
 Ebert, D., Christ, O. & Berking, M. (2012). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur emotionspezifischen Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-ES). *Diagnostica (im Druck)*.

9.4 · Literaturverzeichnis

105

9

- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Griepentrost, T. & Berking, M. (2012). *Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version der Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*. Manuskript in Begutachtung.
- Graser, J. G., Bohn, C., Kaleva, A., Schreiber, F., Hofmann, S. & Stangier, U. (2012). Der »Affective Style Questionnaire (ASQ)«: Deutsche Adaption und Validitäten. *Diagnostica (im Druck)*.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: APA.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2009). Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross, J. J. (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavioral change*. New York: Guilford Press.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: PVU.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Kanning, U. P. (2006). Development and validation of a German-language version of the Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 43-51.
- Kemmler, L. & Borgart, J. (1982). Interpersonelles Problemlösen: Zu einer deutschen Fassung des Mittel-Ziel-Problemlösungs-Verfahrens von Spivack, Platt und Shure. *Diagnostica*, 28 (4), 307-325.
- König, F., Liepmann, D., Holling, H. & Otto, J. (1985). Entwicklung eines Fragebogens zum Problemlösen (PLF). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 33, 5-19.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 46-57.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Otto, J., Döring-Seipel, E., Grebe, M. & Lantermann, E. D. (2001). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der wahrgenommenen emotionalen Intelligenz. Aufmerksamkeit auf, Klarheit und Beeinflussbarkeit von Emotionen. *Diagnostica*, 47, 178-187.
- Rindermann, H. (2009). *Der Emotionale Kompetenzfragebogen*. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. New York: Capricorn.
- Stenzel, N., Krumm, S. & Rief, W. (2010). Therapieplanung mithilfe des Interviews zur operationalisierten Fertigkeitendiagnostik (OFD). *Verhaltenstherapie*, 20, 109-117.
- Ullrich de Mynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual U, Anleitung für den Therapeuten*. München: Pfeiffer.
- Ullrich, R. & Ullrich de Mynck, R. (2001, 2003, 2004). *Das Assertiveness Training Programm (ATP)* (3 Bde.). Stuttgart: Klett-Cotta.

? Kap. 9, Bd. 2: Kontrollfragen

Die Antworten auf die folgenden Fragen finden Sie im Lerncenter zu diesem Kapitel unter ► www.lehrbuch-psychologie.de (Projekt Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor).

1. Welche Haupttypen sozial kompetenten Verhaltens lassen sich unterscheiden?
2. Welche therapeutischen Techniken prägen Trainings sozialer Kompetenzen?
3. Was versteht man unter emotionalen Kompetenzen? Welche Kompetenzen kennen Sie?
4. Warum ist das Akzeptieren-Können aversiver Gefühle für die psychische Gesundheit von Bedeutung?
5. Was versteht man unter einem Problem? Was unter Problemlösen?
6. Welche Schritte werden im Allgemeinen Problemlösmodell unterschieden?

Anhang B: Artikel 1

Originalien

Psychotherapeut 2014 · 59:138–146
 DOI 10.1007/s00278-013-0993-5
 Online publiziert: 30. Juni 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion
 M. Cierpka, Heidelberg
 B. Strauß, Jena

Mareike Hofmann · Tobias Fehlinger · Nikola Stenzel · Winfried Rief
 AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität, Marburg

Transdiagnostische Fertigkeiten in Abhängigkeit vom Behandlungssetting

Fertigkeitsdefizite stationärer vs. ambulanter Patienten

Informationen darüber, welche Fertigkeitenausprägungen ambulante vs. stationäre Patienten jeweils zu Therapiebeginn haben, sind von großer Relevanz. Sie können eine wichtige Lücke hinsichtlich der Gemeinsamkeit oder auch Unterschiedlichkeit bei der Patientengruppen schließen, die ganz allgemein in der bisherigen Literatur nur unzureichend erforscht ist. Damit werden sie für den transdiagnostischen, also störungsübergreifenden, Einsatz spezifischer Fertigkeitsinterventionen bedeutsam.

Hintergrund

Seit vielen Jahren haben in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung neben störungsspezifischen Interventionen auch transdiagnostische Ansätze ihren Platz gefunden (z. B. McManus et al. 2010). Was hierbei als transdiagnostisch zu verstehen ist, wird z. T. ganz unterschiedlich konzeptualisiert (Übersicht: Clark u. Taylor 2009; Dozois et al. 2009). Die vorliegende Untersuchung basiert auf transdiagnostischen Konzepten, die sich auf spezifische „Fertigkeiten“ (z. B. Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Stressbewältigung) beziehen. Gemeinsam ist diesen, dass sie mit psychischen Erkrankungen assoziiert sind sowie deren Entstehung und Verlauf beeinflussen können (Berkling et al. 2008; Burt et al. 2008).

Geeignete Interventionen finden sich sowohl in störungsspezifischen Manualen

als auch als eigenständige Trainings, wie beispielsweise das „Training emotionaler Kompetenzen“ (Berkling 2010) oder das „Training sozialer Kompetenzen“ (Hinsch u. Pflingsten 2007). Besonders bei Vorliegen komorbider Störungen ergänzen fertigkeitsbezogene Trainings – ambulant und stationär – störungsspezifische Interventionen (Stenzel et al. 2010). Auch wenn bei ambulanten und stationären Patienten vielfach von deutlich differenzierbaren Patientengruppen ausgegangen wird (z. B. Puschner et al. 2004), unterscheidet sich der Fertigkeitenaufbau jedoch eher in der Modalität (z. B. Gruppen- vs. Einzeltraining) und weniger inhaltlich. Im ambulanten Setting findet der Aufbau spezifischer Fertigkeiten selten als geschlossenes Training, sondern vielmehr als „Modul“ im Rahmen einer individualisierten Therapie statt. Die Frage, ob sich die beiden Setting-bezogenen Gruppen in den Therapieausgangswerten der einzelnen Fertigkeiten unterscheiden, ist bislang unbeantwortet.

Systematische empirische Vergleiche zwischen Patienten in ambulanten und stationären Behandlungssettings gibt es insgesamt nur vereinzelt (Puschner et al. 2004). Erschwert wird ein allgemeingültiger Vergleich dadurch, dass in Deutschland der Begriff „stationäres, klinisches Setting“ weiter differenziert werden kann. In der Praxis finden sich u. a. sowohl psychiatrische Kliniken als auch psychosomatische Fachkliniken, mit oft sehr ähnlichem Patientenkontext (Rief 2009). Zu-

dem sind vergleichende Untersuchungen häufig auf ein Störungsbild begrenzt (z. B. Schmerz: Williams et al. 1996). Unterschiede ambulanter und stationärer Patienten werden oft in deren Alter, Schulbildung, Familienstand, Schwere der psychischen Störung oder der Zahl komorbider Störungen gefunden (Huber et al. 2002; Lange u. Petermann 2010; Schauenburg et al. 1999). Puschner et al. (2004) stellten fest, dass sich beide Patientengruppen kaum in ihrer Eingangssymptomatik und der Belastung unterscheiden. Auch bestand große Ähnlichkeit hinsichtlich der Diagnosen in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe (ICD-10).

Eine andere Annahme zur differenziellen Indikation, die durch die Ergebnisse von Puschner et al. gestützt werden könnte, bezieht sich auf die Beeinträchtigung der Patienten. Die Autoren fanden eine höhere initiale Beeinträchtigung stationärer Patienten. Damit und mit der Notwendigkeit einer eher stationären psychotherapeutischen Behandlung gehen auch die individuellen Lebensumstände, Alltagsbelastungen und sozialen Schwierigkeiten (Schauenburg et al. 1999) der Patienten einher. Die individuelle Belastung und Beeinträchtigung der Patienten wird auch durch die Ausprägung ihrer individuellen Fertigkeiten beeinflusst (wie beispielsweise soziale Fertigkeiten, Fertigkeiten zur Stressbewälti-

Tab. 1 Vergleich soziodemografischer Merkmale ambulanter und stationärer Patienten

	Ambulant (n=102)	Stationär (n=183)	Teststatistik (df) ^a
Alter [Jahre; Mittelwert (Standardabweichung)]	38,27 (±12,78)	45,05 (±10,95)	$z = -4,402^{**}$
Geschlecht [Anzahl (%)]			$\chi^2(1) = 0,028$
– Frauen	69 (67,6)	122 (66,7)	
– Männer	33 (32,4)	61 (33,3)	
Familienstand [Anzahl (%)]			$\chi^2(2) = 20,016^{**}$
– Ledig	61 (59,8)	60 (32,8)	
– Verheiratet	33 (32,4)	92 (50,3)	
– Geschieden, verwitwet	8 (7,8)	31 (16,9)	
Schulabschluss [Anzahl (%)]			$\chi^2(3) = 14,543^*$
– (Fach-)Abitur	50 (49,0)	73 (39,9)	
– Realschule	31 (30,4)	51 (27,9)	
– Hauptschule	17 (16,7)	59 (32,2)	
– Noch kein Abschluss	4 (3,9)	–	
Vorherige Psychotherapie: ja [Anzahl (%)]	48 (47,1)	105 (57,4)	$\chi^2(1) = 2,804$

^aMann-Whitney-U-Test für Alter; χ^2 -Tests für Geschlecht, Familienstand und Schulabschluss. * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

Tab. 2 Vergleich klinischer Kennwerte ambulanter und stationärer Patienten

	Ambulant (n=102)	Stationär (n=183)	Teststatistik (df) ^a
ICD-10-Primärdiagnose [Anzahl (%)]			$\chi^2(3) = 5,153$
– Depressive Störung: F32, F33	56 (54,9)	118 (64,5)	
– Angststörung: F40, F41	22 (21,6)	27 (14,8)	
– Somatoforme Störung: F45	10 (9,8)	23 (12,6)	
– Andere	14 (13,7)	15 (8,2)	
Zahl der Komorbiditäten [Mittelwert (Standardabweichung)]	1,09 (±1,09)	1,15 (±1,26)	$\chi^2(6) = 5,406$
Symptom-Checkliste-90-R [SCL-90-R; Mittelwert (Standardabweichung)]	1,19 (±0,65)	1,14 (±0,52)	$t(1,283) = -0,610$
Beck-Depressions-Inventar [BDI; Mittelwert (Standardabweichung)]			
– z-standardisierte Mittelwerte	-0,14 (±1,07)	0,08 (±0,95)	$t(1,283) = -1,767$
– Summenwerte ^b	24,64 (±11,92)	27,28 (±10,50)	$t(1,231) = -1,797$
Pain Disability Index für allgemeine Beeinträchtigung ^c [PDI; Mittelwert (Standardabweichung)]	4,43 (±2,26)	5,01 (±1,90)	$t(1,283) = -2,311^*$

ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe. ^at-Tests für SCL, BDI und PDI. χ^2 -Tests für Primärdiagnose und Zahl der Komorbiditäten. ^bn=234.

^cAdaptierte deutsche Version. * $p < 0,05$.

gung oder Emotionsregulation; Hofmann et al. 2014; Stenzel et al. 2010).

Ziel der Untersuchung

Bislang liegen keine Studien vor, in denen eine vergleichende Betrachtung verschiedener Fertigkeiten hinsichtlich des Be-

handlungssettings vorgenommen wird. Informationen darüber, welche Fertigkeitssausprägungen die ambulanten vs. stationären Patienten jeweils zu Therapiebeginn haben, sind jedoch von großer Relevanz. Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher ein systematischer Vergleich mehrerer, simultan erfasster Fertigkeiten sowie

soziodemografischer und klinischer Variablen zu Beginn einer ambulanten vs. stationären Behandlung. Diese Untersuchung bezieht auf Patienten aus einer universitären Psychotherapieambulanz und psychosomatischen Fachkliniken. Bisherige Studien konnten zeigen, dass stationäre Patienten zu Behandlungsbeginn eine größere Beeinträchtigung aufweisen. Vor dem Hintergrund des negativen Zusammenhangs zwischen Beeinträchtigung und Fertigkeiten werden bei den stationären Patienten dieser Studie (über alle Fertigkeiten hinweg) größere Fertigkeitsdefizite erwartet als bei den ambulanten. Zudem soll explorativ geklärt werden, ob sich in Abhängigkeit vom Behandlungssetting Defizite in unterschiedlichen Fertigkeitsbereichen äußern. Bezüglich soziodemografischer Variablen (wie z. B. Alter, Schulbildung, Familienstand der Patienten) sowie der Zahl komorbider Störungen werden die aus der bisherigen Literatur ersichtlichen Unterschiede erwartet. Keine Unterschiede werden bezüglich der Verteilung der Diagnosen innerhalb der Stichproben angenommen.

Methoden

Stichprobe

Die Gesamtstichprobe bestand aus 298 Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung am Beginn einer Psychotherapie befanden. Es wurden 102 Patienten im Rahmen der Psychotherapie-Ambulanz Marburg (PAM) erfasst, und 196 Patienten wurden aus den Psychotherapiestationen von 3 psychosomatischen Fachkliniken (Schön-Klinik, Bad Arolsen: n=109), St.-Franziska-Stift, Bad Kreuznach; n=25), Salus-Klinik Lindow: n=62) konsekutiv rekrutiert. Für die vorliegende Studie wurden alle Patienten berücksichtigt, von denen ein vollständiger Datensatz vorlag. Aufgrund fehlender Daten mussten 13 Studienteilnehmer (4,36%) ausgeschlossen werden. Insgesamt wurden 102 ambulante und 183 stationäre Patienten für die statistische Analyse berücksichtigt.

Ambulante Patienten

Die 102 Patienten (69 weiblich, 33 männlich) der ambulanten Stichprobe waren im

Durchschnitt 38,27 Jahre [Standardabweichung (SD) $\pm 12,78$ Jahre] alt. Die Mehrheit der Patienten (54,9%) hatte nach ICD-10-Klassifikation als Primärdiagnose eine depressive Störung, gefolgt von 21,6% Patienten mit einer Angststörung. Im Schnitt hatten die Patienten zusätzlich zur Hauptdiagnose eine komorbide Störung ($M = 1,09$, $SD \pm 1,09$).

Stationäre Patienten

Die 183 stationären Patienten (122 weiblich, 61 männlich) waren im Mittel 45,05 Jahre ($SD \pm 10,95$ Jahre) alt. Neben im Schnitt 1,15 komorbiden Zusatzdiagnosen ($SD \pm 1,26$) hatten die Patienten v. a. depressive (64,5%), Angst- (14,8%) oder somatoforme Störungen (12,6%) als Primärdiagnose (ICD-10).

Gegenüberstellungen der wesentlichen soziodemografischen und klinischen Parameter, getrennt für die ambulanten und stationären Studienteilnehmer, bieten **Tab. 1 und 2**.

Ablauf der Datenerhebung

Für die Studie liegen positive Ethikvoten der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) vor. Alle Patienten wurden umfangreich über die Studie informiert und nahmen freiwillig daran teil. In der Salus-Klinik Lindow wurde vom üblichen Prozedere der Datenerhebung insofern abgewichen, als stärker auf klinikeigene Erhebungsinstrumente (z.B. BDI-I statt BDI-II) zurückgegriffen wurde. Hier wurden die verwendeten Inventare in die Standarddiagnostik der Klinik integriert. Die Datenerhebung erfolgte durch insgesamt 10 geschulte Projektmitarbeiter (3 männlich, 7 weiblich). Diese waren Diplomanden im Rahmen des Projekts und befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung am Ende ihres Psychologiestudiums (Diplom). In der Psychotherapieambulanz fand die Untersuchung während der ersten 3 probatorischen Sitzungen, also innerhalb der ersten 2 bis 3 Wochen nach dem Erstgespräch, statt. Die PAM wurde ausgewählt, da davon ausgegangen werden kann, dass sie eine repräsentative Anlaufstelle für an ambulanter Psychotherapie Interessierten darstellt und da sie schneller eine größere Stich-

Zusammenfassung · Abstract

Psychotherapeut 2014 · 59:138–146 DOI 10.1007/s00278-013-0993-5
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Mareike Hofmann · Tobias Fehlinger · Nikola Stenzel · Winfried Rief
Transdiagnostische Fertigkeiten in Abhängigkeit vom Behandlungssetting. Fertigungsdefizite stationärer vs. ambulanter Patienten

Zusammenfassung

Transdiagnostische Fertigkeiten (z. B. Emotionsregulation, soziale Kompetenz) stellen im ambulanten und im stationären psychotherapeutischen Behandlungssetting zentrale Therapieinhalte dar. Bisher gab es keine Studien darüber, ob beide Patientengruppen zu Therapiebeginn vergleichbare Fertigungsdefizite oder -ressourcen haben. In der vorliegenden Arbeit wurden 102 ambulante mit 183 stationären Patienten u. a. hinsichtlich 7 verschiedener Fertigkeiten verglichen. Es zeigte sich, dass die beiden Patientengruppen sich deutlich weniger unterscheiden, als a priori angenommen. Stationäre Patienten weisen zu Therapiebeginn eine geringere Fertigkeit zur Stressbewältigung (v. a. bei Er-

schöpfung) auf. Dies kann beispielsweise als Hinweis dafür gesehen werden, dass stationäre Patienten infolge subjektiv erlebter Alltagsbelastung größere Schwierigkeiten haben, diese zu kompensieren, und somit eine erhöhte Erschöpfung resultiert. Es kann geschlossen werden, dass Fertigkeiten in beiden klinischen Bereichen Beachtung finden sollten. Stationär scheint zudem eine Schwerpunktsetzung auf die Förderung der Stressbewältigung sinnvoll.

Schlüsselwörter

Stress, psychischer · Bewältigung · Psychotherapie · Outcome-Bewertung · Vergleichsstudie

Transdiagnostic skills depending on treatment setting. Skill deficits of inpatients versus outpatients

Abstract

Transdiagnostic skills (e.g. skills such as emotion regulation or social competence) are an important part of psychotherapy in outpatient as well as inpatient settings. To date there are no studies that answer the question whether both patient groups are comparable regarding several skills or if they differ. In the present study 102 outpatients were compared to 183 inpatients in 7 different skills. The difference between the two groups was smaller than a priori assumed. At the beginning of treatment inpatients had a lower ability to manage stress (mainly in the management of exhaustion). This could be interpreted

ed as an indication that inpatients have more difficulties in coping with daily hassles which leads to greater exhaustion. To conclude, the improvement of skills should attract interest in both settings. Furthermore, a special focus on interventions to decrease deficits in stress management should be considered for inpatient treatment.

Keywords

Stress, psychological · Coping · Psychotherapy · Outcome assessment · Comparative study

probe aus dem ambulanten Setting ermöglicht, als dies z. B. durch die Kombination von 5 bis 8 ambulanten Psychotherapiepraxen möglich wäre. Die PAM stellt eine universitätsassoziierte Psychotherapieambulanz in der Stadt Marburg dar, und die Zugangsregelungen sind denen von Psychotherapiepraxen (Direktzugangsmöglichkeit; Kassenanerkennung etc.) vergleichbar. Für die stationäre Datenerhebung wurden Psychotherapiestationen psychosomatischer Fachkliniken ausgewählt. Dies geschah, da bei der Datenerhebung ein Schwerpunkt auf Angst, depressive und somatoforme Stö-

rungen gelegt wurde, die in diesem stationären Setting schwerpunktmäßig behandelt werden. In den Kliniken fand die Datenerhebung möglichst zeitnah zur Aufnahme auf die jeweilige Psychotherapiestation, spätestens jedoch 2 Wochen danach, statt. Die durchschnittliche Verweildauer in den Kliniken bis zur Datenerhebung für die Studie betrug 6,21 Tage ($SD \pm 3,942$ Tage).

Erhebungsinstrumente

Soziodemografische Daten und Angaben zu bisherigen psychotherapeutischen Be-

handlungen wurden mithilfe eines Selbstauskunftsbogens erfasst.

Interview zur operationalisierten Fertighkeitsdiagnostik

Beim Interview zur operationalisierten Fertighkeitsdiagnostik (OFD; Stenzel et al. 2010) handelt es sich um eine strukturierte Befragung. Es ermöglicht die Erfassung von Fertigkeiten, die bei psychischen Störungen als bedeutsam und therapierelevant angesehen werden. Konkret werden die Fertigkeiten Problemlösen, soziale Kompetenz, Stressbewältigung, Emotionsregulation und Entspannungsfähigkeit sowie die therapie- und störungsrelevanten Konstrukte Selbstwirksamkeit und Selbstwert betrachtet. (Nachfolgend werden die hier genannten Konstrukte unter dem Mantelbegriff „Fertigkeiten“ zusammengefasst.) Die einzelnen Fertigkeiten hängen inhaltlich zusammen, sind jedoch nicht deckungsgleich (Stenzel et al. 2010). Jede der Fertigkeiten (mit ihren jeweiligen Subskalen) wird in 4 Lebensbereichen erfasst (Hauptbezugsperson, weiteres soziales Umfeld, Ausbildung/Beruf und selbstständige Lebensführung). Die Subskalen, z. B. für Stressbewältigung betreffen: 1) Zeitdruck, 2) Überforderung, 3) Erschöpfung.

Zur Durchführung des OFD werden dem Probanden zu jedem Unterpunkt Beispielsituationen vorgegeben, und er beschreibt, wie er sich in dieser Situation verhalten würde. Die Angemessenheit des beschriebenen Verhaltens in Bezug auf die jeweilige Dimension wird vom Interviewer anhand von Verhaltensankern auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet. Die Verhaltensanker enthalten konkrete Beispiele für die Stufen 1, 3 und 5 der Skala (5: hohe, 1: geringe Ausprägung der Fertigkeiten). Verhaltensanker und Beispielsituationen wurden in mehreren Studien entwickelt und an trennscharfe Items aktueller Fragebogen sowie theoretische Konzepte zu den jeweiligen Bereichen angelehnt.

Klinische und nichtklinische Studien bestätigen die gute Reliabilität des OFD-Interviews ($r=0,86-0,98$). Die faktorielle Struktur wurde durch konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigt. Korrelationen mit etablierten Fragebogen bestätigen größtenteils dessen Validität ($r=0,43-0,81$). Zudem bescheinigen Er-

gebnisse dem Interview eine gute Änderungssensitivität [“standardized response mean“ (SRM) = 0,61–1,53] sowie Beurteilerübereinstimmung ($r_{\text{icc}}=0,86-0,98$; für einen ausführlicheren Überblick: Stenzel et al. 2010 sowie Stenzel u. Rief 2011). Die Durchführung des OFD dauerte im Rahmen der vorliegenden Studie durchschnittlich 1,5 h.

Symptom-Checkliste-90-R

Die psychopathologische Belastung der Patienten wurde durch die Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R; Franke 2002) erfasst. Die SCL-90-R enthält 90 Items, die sich auf 9 Subskalen verteilen. Der Gesamtwert (Global Severity Index, GSI), der in dieser Studie Verwendung findet, ist ein reliables Maß der aktuellen psychopathologischen Belastung der Patienten (Hessel et al. 2001).

Beck-Depressionsinventar

Die Depressivität der Patienten wurde mithilfe des Beck-Depressionsinventar II (BDI-II; Hautzinger et al. 2006) erfasst. Das Selbstbeurteilungsinstrument enthält 21 Items. In der Salus-Klinik Lindow wurde der in der Standarddiagnostik enthaltene BDI-I (Hautzinger et al. 1994) für die Studie übernommen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Werte für die statistischen Analysen der beiden Fragebogen z-standardisiert.

Pain Disability Index

Mit einer adaptierten Version des Pain-Disability Index (PDI; Mewes et al. 2009) wurde die Beeinträchtigung der Patienten erfasst. Dieser deutsche Selbstbeurteilungsfragebogen ermittelt die allgemeine subjektive Beeinträchtigung der Patienten durch seine allgemeinen Beschwerden in 7 Lebensbereichen.

Diagnosestellung

Die psychischen Diagnosen wurden von geschulten Projektmitarbeitern mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse I und II (SKID-I und -II; Wittchen et al. 1997) erhoben. In der Salus-Klinik Lindow wurden die Diagnosen der Bezugstherapeuten übernommen, die auf Basis des klinikinternen Systems „Clinic Control“ (Gmbh; <http://www.mkc-it.de/cliniccontrol.php>) gestellt wor-

den waren. Die Diagnosestellung erfolgte in allen Kliniken und in der Ambulanz auf Grundlage der ICD-10-Klassifikationskriterien.

Statistische Auswertung

Für die Gruppenvergleiche (ambulant vs. stationär) bezüglich der soziodemografischen und klinischen Kennwerte wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben verwendet, bei nichtintervallskalierten Daten der χ^2 -Test. Der Mann-Whitney-U-Test fand bei nichtnormalverteilten Daten Anwendung. Dem Vergleich der beiden Behandlungsgruppen hinsichtlich der 7 Fertigkeiten diente eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA). Zur Kontrolle möglicher Einflüsse durch das Patientenalter wurde ergänzend eine multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) gerechnet. Um differenzierter klären zu können, in welchen Variablen sich die beiden Gruppen unterscheiden, wurden anschließend univariate Varianzanalysen vorgenommen. Den explorativen Vergleich der Ausprägung der einzelnen Fertigkeiten untereinander (d. h. differenzierte Fertighkeitsprofile) ermöglichte eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung auf einem Faktor. Die Fertighkeiten sind als „Within-subject“-Faktor hinzugefügt worden. Die beiden Patientengruppen (ambulant, stationär) wurden als Gruppenfaktor berücksichtigt. Die Follow-up-Analysen wurden getrennt für die Gruppen berechnet.

Das Signifikanzniveau für alle Analysen war $p \leq 0,05$. Einzelne fehlende Werte in BDI und SCL wurden imputiert. Zur Imputation der fehlenden Werte wurde, für jede Skala getrennt, die SPSS-Syntax zur „multiple two-way imputation“ von van Ginkel u. van der Ark (Van Ginkel u. Van Der Ark 2005) verwendet. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS für Windows, Version 18.0.

Ergebnisse

Stichprobe

Von den 285 Probanden befanden sich 102 in einem ambulanten und 183 in einem stationären psychotherapeutischen Setting. Die Ergebnisse der Vergleiche bei-

Originalien

Tab. 3 Mittelwerte, Standardabweichungen und MANOVA für die Fertigkeitsbereiche in Abhängigkeit vom Setting

	Ambulant		Stationär		Zwischensubjekteffekte		
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	F	p	Partielles η^2
Problemlösen	3,15	0,83	3,07	0,74	0,683	0,409	0,002
Emotionsregulation	2,96	0,71	3,03	0,68	0,634	0,426	0,002
Soziale Kompetenz	3,38	0,70	3,48	0,63	1,607	0,206	0,006
Stressbewältigung	3,11	0,73	2,86	0,80	6,476	0,011*	0,022
Entspannungsfähigkeit	3,06	0,82	2,98	0,78	0,688	0,408	0,002
Selbstwert	3,26	0,73	3,41	0,68	2,992	0,085	0,010
Selbstwirksamkeit	3,23	0,63	3,33	0,61	1,851	0,175	0,006

MANOVA multivariate Varianzanalyse. Wilks $\lambda = 0,915$, $p \leq 0,001$. Ambulante Patienten: $n = 102$, stationäre Patienten: $n = 183$. Freiheitsgrade $F(1,282)$, * $p < 0,05$.

der Gruppen sowie Mittelwerte und Standardabweichungen werden für die soziodemografischen Variablen in **Tab. 1** und für die klinischen Kennwerte in **Tab. 2** dargestellt.

Soziodemografische Kennwerte

Stationäre und ambulante Patienten unterscheiden sich hinsichtlich Alter ($z = -4,402$, $p < 0,001$, $r = -0,26$), Familienstand [$\chi^2(2) = 20,016$, $p < 0,001$] und Schulabschluss [$\chi^2(3) = 14,543$, $p < 0,01$]. Die ambulanten Patienten sind im Durchschnitt jünger und häufiger unverheiratet. Im Vergleich mit den stationären Patienten haben sie häufiger entweder einen höheren oder aber noch keinen Schulabschluss (**Tab. 1**).

Klinische Kennwerte

Betrachtet man die klinischen Kennwerte der Patienten, zeigen sich zwischen den beiden Stichproben kaum Unterschiede (**Tab. 2**). Beispielsweise ist die Verteilung der Störungen zwischen den beiden Gruppen vergleichbar. Lediglich in der Analyse des erweiterten PDI, der die allgemeine Beeinträchtigung erfasst (nicht nur schmerzassoziierte Beeinträchtigung), finden sich signifikante Gruppenunterschiede [$t(283) = -2,311$, $p < 0,05$, $r = 0,13$]. Die stationären Patienten weisen eine höhere Beeinträchtigung auf als die

ambulante Patientengruppe. Dies äußert sich v. a. auf den Subskalen „Erholung“ [$F(1,283) = 5,810$, $p = 0,017$] und „Beruf“ [$F(1,280) = 11,471$, $p = 0,001$]. Bei Kontrolle für die Variable Alter bleibt dieser Effekt jedoch nicht bestehen [$F(1,282) = 3,173$, $p = 0,076$, partielles $\eta^2 = 0,011$].

Fertigkeiten

In der multivariaten Varianzanalyse zeigt sich unter Verwendung von Wilks λ ein signifikanter Haupteffekt der Fertigkeiten ($\lambda = 0,915$, $F(7,277) = 3,66$, $p = 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,085$). Univariate Varianzanalysen ergeben, dass sich die Patientengruppen nur in ihrer Fertigkeit zur Stressbewältigung unterscheiden. Stationäre Patienten sind hierin signifikant schlechter als ambulante Patienten [$F(1,283) = 6,476$, $p < 0,05$, partielles $\eta^2 = 0,022$]. Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der MANOVA für die beiden Behandlungsgruppen sind in **Tab. 3** ersichtlich.

Da sich die untersuchten Gruppen auch in den Variablen Alter, Familienstand und Schulabschluss unterscheiden (**Tab. 1, 2**), sollen diese ergänzend berücksichtigt werden. Unter Einbezug der Kovariaten schwächt sich der Haupteffekt des Settings auf die 7 Fertigkeiten ab [$\lambda = 0,941$, $F(7,274) = 2,433$, $p < 0,05$, partielles $\eta^2 = 0,059$], bleibt jedoch signifikant. Von den Kovariaten

zeigt nur der Schulabschluss einen signifikanten Effekt [$\lambda = 0,936$, $F(7,274) = 2,433$, $p = 0,01$, partielles $\eta^2 = 0,064$]. Betrachtet man die Mittelwerte der Fertigkeiten getrennt für die Schulabschlüsse (Hauptschule, Realschule, Gymnasium), finden sich über alle Fertigkeiten hinweg die höchsten Werte bei der Patientengruppe, die ein Abitur gemacht hat, die niedrigsten bei denen mit einem Hauptschulabschluss. Es liegen keine Unterschiede hinsichtlich der Fertigkeiten zwischen Männern und Frauen vor [$\lambda = 0,962$, $F(7,285) = 1,620$, $p = 0,129$, partielles $\eta^2 = 0,038$]. Bei dem Vergleich ambulanter und stationärer Patienten lässt sich ebenfalls kein Einfluss des Geschlechts als Kovariate nachweisen [$\lambda = 0,962$, $F(7,284) = 1,612$, $p = 0,132$, partielles $\eta^2 = 0,038$].

Des Weiteren wurde untersucht, in welchen der 3 Subskalen des Fertigkeitsbereichs Stressbewältigung sich die Gruppen unterscheiden. In univariaten Varianzanalysen wurde deutlich, dass ambulante und stationäre Patienten nur in der Subskala „Stressmanagement bei Erschöpfung“ signifikant voneinander verschieden sind [$F(1,283) = 24,449$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,080$]. Stationäre Patienten weisen größere Stressbewältigungsdefizite auf ($M = 2,49$, $SD \pm 0,97$) als ambulante Patienten ($M = 3,04$, $SD \pm 0,76$).

Die einfaktorielle ANOVA mit den Fertigkeiten als Within-subjects-Faktor ergab einen signifikanten Effekt für die Fertigkeiten [$\lambda = 0,58$, $F(6,278) = 34,219$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,425$]. Es fand sich zudem eine signifikante Interaktion zwischen den Fertigkeiten und den beiden Setting-Gruppen [$\lambda = 0,92$, $F(6,278) = 4,272$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,084$]. Die anschließenden paarweisen Vergleiche erfolgten Bonferroni-korrigiert getrennt für beide Settings. Die Ergebnisse belegen, dass im ambulanten Setting deutlich weniger Unterschiede zwischen den einzelnen Fertigkeitenausprägungen bestehen als bei stationären Patienten. Die größte Differenz besteht zwischen sozialer Kompetenz und Emotionsregulation (mittlere Differenz = 0,422, $p < 0,001$). Emotionsregulation ist hierbei am niedrigsten, soziale Kompetenz am stärksten ausgeprägt. Die geringste Differenz findet sich zwischen Selbstwert und Selbstwirksamkeit (mittlere

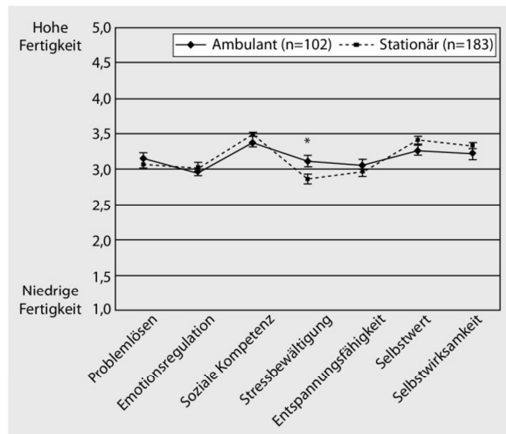


Abb. 1 ▲ Fertigungsprofile (Mittelwert, Standardfehler) und Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) für ambulante (durchgezogene Linie) vs. stationäre (gestrichelte Linie) Patienten. Skalierung von 1 (niedrige Fertigkeit) bis 5 (hohe Fertigkeit). * $p < 0,05$

Differenz = 0,029, $p = 1,00$). In der Gruppe der stationären Patienten stellt sich der größte Unterschied zwischen sozialer Kompetenz und Stressbewältigung dar (mittlere Differenz = 0,620, $p < 0,001$). Der geringste Unterschied ergibt sich hier zwischen Problemlösen und Emotionsregulation (mittlere Differenz = 0,044, $p = 1,00$). Die Fertigungsprofile (Mittelwerte und Standardfehler) sind getrennt für beide Behandlungsgruppen in **Abb. 1** dargestellt.

Lebensbereiche

Die multivariate Varianzanalyse der fertigungsassoziierten Lebensbereiche ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Behandlungsformen [$\lambda = 0,996$, $F(4,269) = 0,266$, $p = 0,900$, partielles $\eta^2 = 0,004$]. Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen sowie Mittelwerte und Standardabweichungen der Gruppen hinsichtlich ihrer Fertigungsprägungen in den verschiedenen Lebensbereichen sind in **Tab. 4** zusammengefasst. Unabhängig von dem jeweiligen Behandlungssetting unterscheiden sich die fertigungsassoziierten Lebensbereiche signifikant voneinander [$F(2,8,753,9) = 60,927$, $p < 0,001$, partielles $\eta^2 = 0,182$]. Die Fertigkeiten in dem Bereich „Arbeit/Beruf“ sind hierbei über alle Personen hinweg am

niedrigsten ausgeprägt, am höchsten in den Bereichen „Freunde/Bekannte“ und „selbstständige Lebensführung“. Der Lebensbereich „Arbeit/Beruf“ unterscheidet sich signifikant (paarweise Vergleiche jeweils $p < 0,001$) von den 3 anderen Bereichen.

Diskussion

Interpretation der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Studie war ein Vergleich ambulanter und stationärer Psychotherapiepatienten hinsichtlich verschiedener Fertigkeiten sowie soziodemografischer und klinischer Kennwerte. Insgesamt zeigt sich, dass es deutlich weniger Unterschiede zwischen den Patientengruppen gibt, als zuvor angenommen. Sie unterscheiden sich lediglich in Alter, Familienstand, Schulabschluss und der initialen Beeinträchtigung. Bezüglich der Fertigkeiten besitzen stationäre Patienten im Mittel eine geringere Stressbewältigungskompetenz zu Therapiebeginn, jedoch finden sich keine bedeutsamen Unterschiede für die Fertigkeitsbereiche Problemlösen, Emotionsregulation, soziale Kompetenz und Entspannungsfähigkeit sowie für Selbstwert und Selbstwirksamkeit.

Die Stichproben dieser Studie entsprechen in vielen Variablen den Befunden anderer Arbeiten. So haben die stationären Patienten dieser Studie in Übereinstimmung mit den wenigen bisherigen Vergleichsstudien (Huber et al. 2002; Puschner et al. 2004) ein geringeres Bildungsniveau. Die Geschlechterverteilung entspricht sowohl ambulant als auch stationär dem erwarteten Verhältnis (Albani et al. 2009; Hartmann u. Zepf 2004). Ebenfalls entsprechend den Ergebnissen von Puschner et al. (2004) gab es in den klinischen Kennwerten der Patienten, außer der initialen psychischen Beeinträchtigung, keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Entgegen mehrerer Befunde (z. B. bei Alkoholabhängigkeit: Zingg et al. 2009; Schmerz: Williams et al. 1996; transdiagnostisch: Huber et al. 2002), sind die ambulanten Patienten jünger als die stationären. Auf diesen Unterschied lassen sich möglicherweise auch die gefundenen Diskrepanzen in Familienstand und Bildungsniveau zurückführen. Wenn bei dem Vergleich der initialen Beeinträchtigungen für das Alter kontrolliert wird, verschwindet auch hier die zunächst gefundene Differenz.

Diskrepanzen zu früheren Vergleichsbefunden könnten auch auf Besonderheiten der Erhebungsorte zurückzuführen sein. Während frühere Befunde überwiegend aus Untersuchungen in universitären Polikliniken stammen, wurden die Stichproben der vorliegenden Studie in Kliniken der psychosomatischen Rehabilitation sowie einer Universitätsambulanz rekrutiert. Zumeist wird angenommen, dass innerhalb der ambulanten Versorgung Hochschulambulanzen – in Relation zu ambulanten Psychotherapiepraxen – anlässlich ihrer Größe und Organisation häufiger Anlaufstelle für Patienten mit multiplen psychischen Störungen darstellen könnten (Rief 2009). Im Gegensatz dazu wird vermutet, dass man in der psychosomatischen Rehabilitation, im Vergleich zu anderen psychiatrisch-stationären Einrichtungen, vornehmlich leichteren Störungsbildern (Rief 2009) begegnet, obwohl es auch hier Befunde gibt, dass die Diagnosestatistiken zwischen psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen und psychiatrischen Kliniken in wesent-

Originalien

Tab. 4 Ergebnisse für die fertigkeitssassoziierten Lebensbereiche in Abhängigkeit vom Setting (ambulant vs. stationär)

	Ambulant (n=102)		Stationär (n=183)		Zwischensubjekteffekte		
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	F	p	Partielles η^2
Freunde/Bekannte	3,32	0,66	3,33	0,57	0,007	0,932	0,000
Familie/Partnerschaft	3,11	0,64	3,18	0,60	0,667	0,415	0,002
Arbeit	2,91	0,73	2,93	0,67	0,044	0,834	0,000
Offizielle Stellen/Behörden	3,34	0,69	3,34	0,63	0,001	0,978	0,000

Multivariate Varianzanalyse (MANOVA); Wilks $\lambda=0,996$, $p=0,900$. Freiheitsgrade F (1,272).

lichen Teilen vergleichbar sind (Schulz et al. 2008).

Ein unerwartetes Ergebnis findet sich auch bei dem Vergleich ambulanter und stationärer Patienten hinsichtlich verschiedener Fertigkeiten. Lediglich in ihrer Fertigkeit zur Stressbewältigung sind stationäre Patienten defizitärer als ambulante. Die Effektstärke des Vergleichs hinsichtlich der Stressbewältigung der Patienten ist zudem als schwach einzustufen (partielles $\eta^2=0,022$; Cohen 1988). Dies fügt sich jedoch stimmig an die Befunde und Überlegungen zu den allgemeinen soziodemografischen und klinischen Kennwerten an. Zwischen den Patienten beider Behandlungssettings scheinen, zumindest in der vorliegenden Untersuchung, deutlich weniger Unterschiede zu bestehen, als vielfach angenommen. Dies ist umso bedeutender, da die ambulante Stichprobe im Mittel ein höheres Bildungsniveau aufweist als die stationäre Stichprobe, was ggf. mit höherem Fertigkeitensniveau assoziiert sein könnte. Dennoch wurden bis auf eine Variable keine höheren Fertigkeitensniveaus bei ambulanten vs. stationären Patienten gefunden. Daher muss davon ausgegangen werden, dass sich, zusätzlich zu den geringen Unterschieden in klinischen Kennwerten, auch allgemeine Kompetenzen und Defizite zwischen den Stichproben kaum unterscheiden. Dies impliziert für die Praxis, dass sich Trainings oder Module zur Förderung einzelner Fertigkeiten bei der Gruppen nicht notwendigerweise inhaltlich unterscheiden müssen oder einer unterschiedlichen Schwerpunktsetzung bedürfen. Betrachtet man die Fertigungsprofile der beiden Stichproben zeigen sich

unterschiedliche Ausprägungen der einzelnen Fertigkeiten zu Therapiebeginn. In beiden Behandlungssettings sind die Fertigkeit zur Emotionsregulation und die Entspannungsfähigkeit der Patienten am niedrigsten ausgeprägt. Im stationären Setting kommt zudem die im Vergleich sehr niedrige Stressbewältigungskompetenz der Patienten hinzu. Die soziale Kompetenz ist in beiden Stichproben im Vergleich zu den anderen Fertigkeiten am besten ausgeprägt. Diese Ergebnisse belegen, dass sich bei der gemeinsamen Erfassung spezifischer Fertigkeiten unterschiedliche Fertigungsprofile (in Abhängigkeit vom Setting) finden lassen. Eine differenzierte Therapieplanung einzelner Fertigkeiten im Vergleich scheint somit in beiden Behandlungssettings sinnvoll.

Die einzigen größeren Fertigungsdefizite stationärer gegenüber ambulanter Patienten äußern sich speziell in ihrem Stressmanagement bei Erschöpfung. Auf die Frage hin, ob sich die Unterschiede im Stressmanagement besonders deutlich in einem bestimmten Lebensbereich zeigen, ergab sich kein Unterschied. Über alle Fertigkeiten hinweg haben jedoch beide Gruppen die größten Fertigungsdefizite im Bereich „Arbeit/Beruf“. Die stationären Patienten sind zudem in den Bereichen „Erholung“ und „Beruf“ zu Therapiebeginn beeinträchtigt (erfasst mit dem PDI) als die ambulanten Patienten. Insgesamt scheint sich so eine Beeinträchtigung stationärer Patienten im Arbeitsbereich abzubilden.

Stress, in Form von kritischen Lebensereignissen oder alltäglichen Belastungen, wird hohe Relevanz für die Entstehung und Aufrechterhaltung von psy-

chischen Störungen zugeschrieben. So gibt es beispielsweise seit Längerem eindeutige Hinweise darauf, dass Intensität und Zahl stressreicher Ereignisse mit der Wahrscheinlichkeit einer Depression in direkter proportionaler Verbindung stehen (z. B. McGonagle u. Kessler 1990) und dass diese sich meist innerhalb des ersten Monats nach den bedeutsamen Ereignissen entwickeln (Kendler et al. 1998). In gängigen Trainingskonzepten zur Stressbewältigung von Alltagsbelastungen (z. B. Kaluza 2011) werden verschiedene Interventionen (u. a. Entspannungsverfahren, Problemlösetrainings, Trainings zur sozialen Kompetenz) kombiniert. Dies lässt eine inhaltliche Nähe einzelner Fertigkeiten zur Stressbewältigung vermuten. Defizite in anderen Fertigungsbereichen lassen sich jedoch nicht finden. Die Interkorrelationen anderer Fertigungsbereiche zu der Skala Stressbewältigung des OFD liegen im moderaten Bereich.

Die Unterschiedlichkeit der Patienten beider Behandlungssettings in ihrer Stressbewältigung bei Erschöpfung und ihre Beeinträchtigung im beruflichen Lebensbereich lassen auch an die Konzepte zum Burn-out-Syndrom denken. Hier finden sowohl Erschöpfung als Symptom als auch die Bewältigung dieser als wichtige Faktoren Beachtung. Untersuchung und Behandlung dieses Syndroms werden häufig in stationären Einrichtungen durchgeführt (z. B. Haberthür et al. 2009). In der klinischen Praxis entsteht zudem der Eindruck, dass Patienten, die v. a. von alltäglichen Belastungen berichten, in eine Klinik „entfliehen“, um dort Abstand zu gewinnen.

Limitationen der Studie

An dieser Stelle muss auf die obige Einschränkung der Interpretation der Ergebnisse durch die Selektion der Untersuchungsorte (Universitätsambulanz, psychosomatische Rehabilitationskliniken) verwiesen werden. Zudem besteht zwischen diesen beiden Einrichtungen eine gewisse Fluktuation (Rief 2009). Dies bedeutet, dass Patienten, die sich in einer psychosomatischen Klinik einfinden, zuvor bereits in ambulanter Therapie gewesen sein können und umgekehrt. Allerdings wurde dies im Rahmen der Studie

nicht fasst. Aus den demografischen Variablen ist lediglich ersichtlich, dass sich 47% der ambulanten und 57% der stationären Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt in einer Psychotherapie befanden, jedoch nicht, um welche Therapieform es sich dabei gehandelt hat. Etwaige vorherige Therapien und möglicherweise damit einhergehende Einflüsse konnten somit nicht kontrolliert werden. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Eine weitere mögliche Einschränkung bezüglich der Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse besteht darin, dass die Daten im ambulanten und im stationären Setting von unterschiedlichen Projektmitarbeitern erhoben wurden. Zwar wird dem Fremdbeurteilungsverfahren OFD eine gute Beurteilerübereinstimmung bescheinigt (Stenzel et al. 2010), dennoch könnte es durch die verschiedenen Beurteiler zu Verzerrungen gekommen sein, die sich auf die Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Stichprobe auswirken könnten.

Bei der Homogenität der stationären Stichprobe ist kritisch zu beurteilen, dass die Erhebung der Daten in der Salus-Klinik Lindow in deren Standarddiagnostik integriert werden musste. Dadurch kamen z. T. andere Inventare (BDI-I statt BDI-II und Diagnosestellung) zum Einsatz. Die Interkorrelationen beider Inventare sind jedoch als hoch einzustufen ($r=0,84$ und $r=0,9$; Beck et al. 1996; Dozois et al. 1998).

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können sowohl für die Forschung als auch für die klinische Praxis von hoher Relevanz sein. Gerade für die Stichprobenerhebung im ambulanten Bereich haben sich in Vorgängerstudien zahlreiche Probleme ergeben, sodass ambulante Stichproben von Patienten in der Anfangsphase der Behandlung selten so groß sind wie die vorliegende Stichprobe. Das bislang vorherrschende Konzept der deutlichen Unterscheidbarkeit ambulanter und stationärer Stichproben sollte hinterfragt und in weiteren Studien überprüft werden. Die Tatsache, dass sich die beiden Gruppen in den Fertigkeiten ledig-

lich in ihrer Kompetenz zur Stressbewältigung unterscheiden, weist möglicherweise auf die Notwendigkeit einer gezielten Steigerung dieser Kompetenz im stationären Setting hin. Die Ergebnisse besitzen zudem transdiagnostische Gültigkeit für verschiedene Störungsgruppen. Etwaige Trainings sollten somit störungsübergreifend zum Einsatz kommen.

Fazit für die Praxis

Bei ambulanten und stationären Psychotherapiepatienten kann nicht von deutlich unterscheidbaren Patientengruppen ausgegangen werden. Die Förderung von Fertigkeiten sollte somit in beiden Behandlungsbereichen Beachtung finden. Die geringere Stressbewältigungskompetenz stationärer Patienten (v. a. beim Umgang mit Erschöpfung) kann beispielsweise als Hinweis dafür gesehen werden, dass stationäre Patienten infolge subjektiv erlebter Alltagsbelastung größere Schwierigkeiten haben, diese zu kompensieren und somit eine erhöhte Erschöpfung resultiert. Im Vergleich zu ambulanten Patienten erscheint die Förderung der Stressbewältigung bei stationären Patienten wichtiger zu sein.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Mareike Hofmann
AG Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Fachbereich Psychologie,
Philipps-Universität
Gutenbergstr. 18,
35032 Marburg
Mareike.Hofmann@staff.uni-marburg.de

Danksagung. Die Autoren danken der Schön Klinik, Bad Arolsen, der Salus Klinik, Lindow, dem St. Franziska Stift, Bad Kreuznach und der Psychotherapie-Ambulanz Marburg für die freundliche Unterstützung.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Albani C, Blaser G, Geyer M et al (2009) Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *Psychother Psychosom Med Psychol* 59:281–283

- Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996) Beck Depression Inventory. 2. Aufl. Manual. Psychological Corporation, San Antonio
- Berking M (2010) Training emotionaler Kompetenzen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Berking M, Wupperman P, Reichardt A et al (2008) Emotion regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther* 46:1230–1237
- Burt KB, Obradovic J, Long JD et al (2008) The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: testing transactional and cascade models. *Child Dev* 79:359–374
- Clark DA, Taylor S (2009) The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *J Cogn Psychother* 23:60–66
- Cohen J (1988) Statistical power analysis for behavioural sciences. Erlbaum, Hillsdale
- Dozois DJ, Dobson KS, Ahnberg JL (1998) A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychol Assess* 10:83–89
- Dozois DJ, Seeds PM, Collins KA (2009) Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *J Cogn Psychother* 23:44–59
- Franke GH (2002) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version. Beltz, Göttingen
- Haberthür AK, Elkuch FM, Grosse Holtforth M et al (2009) Characterization of patients discharged from inpatient treatment for burnout: use of psychological characteristics to identify aftercare needs. *J Clin Psychol* 65:1039–1055
- Hartmann S, Zepf S (2004) Verbesserung psychischer Allgemeinfunktionen durch Psychotherapie. Drei psychotherapeutische Verfahren im Vergleich. *Psychotherapeut* 49:27–36
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H et al (1994) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Huber, Bern
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006) Das Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II). Harcourt, Frankfurt a. M.
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M et al (2001) Symptom-Checklist SCL-90-R: validation and standardization based on a representative sample of the German population. *Diagnostica* 47:27–39
- Hinsch R, Pfingsten U (2007) Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Beltz PVU, Weinheim
- Hofmann M, Fehlinger T, Rief W (2014) About the relationship between skill deficits and functional disability (manuscript in preparation)
- Huber D, Brandl T, Henrich G et al (2002) Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut* 47:16–23
- Kaluza G (2011) Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA (1998) Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *J Nerv Ment Dis* 186:661–669
- Lange M, Petermann F (2010) Psychosomatische Rehabilitation. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58:207–217
- McGonagle KA, Kessler RC (1990) Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *Am J Community Psychol* 18:681–706
- McManus F, Shafraan R, Cooper Z (2010) What does a 'transdiagnostic' approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *Br J Clin Psychol* 49:491–505
- Mewes R, Rief W, Stenzel N et al (2009) What is 'normal' disability? An investigation of disability in the general population. *Pain* 142:36–41

	Fachnachrichten	
<p>Puschner B, Haug S, Häfner S et al (2004) Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundheitsverlauf. Stationäre versus ambulante Psychotherapie. <i>Psychotherapeut</i> 49:182–192</p> <p>Rief W (2009) Therapeutische Settings. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) <i>Lehrbuch der Verhaltenstherapie</i>. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 799–815</p> <p>Schauenburg H, Beutel M, Bronisch T et al (1999) Zur Psychotherapie der Depression. <i>Psychotherapeut</i> 44:127–136</p> <p>Schulz H, Barghaan D, Harfst T et al (2008) Psychotherapeutische Versorgung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) <i>Gesundheitsberichterstattung des Bundes</i>. Robert Koch-Institut, Berlin</p> <p>Stenzel N, Krumm S, Rief W (2010) Therapieplanung mithilfe des Interviews zur operationalisierten Fertigkeitendiagnostik. <i>Verhaltenstherapie: Prax Forsch Perspekt</i> 20:109–117</p> <p>Stenzel N, Rief W (2011) Operationalisierte Fertigkeitendiagnostik zur Therapieplanung. <i>Klin Diagn Eval</i> 4:111–132</p> <p>Van Ginkel JR, Van Der Ark LA (2005) SPSS syntax for missing value imputation in test and questionnaire data. <i>Appl Psychol Meas</i> 29:152–153</p> <p>Williams AC, Richardson PH, Nicholas MK et al (1996) Inpatient vs outpatient pain management: results of a randomised controlled trial. <i>Pain</i> 66:13–22</p> <p>Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II. Hogrefe, Göttingen</p> <p>Zingg C, Schmidt P, Kuefner H et al (2009) Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese. <i>Psychother Psychosom Med Psychol</i> 59:307–313</p>	<p>Chancen und Risiken des Internets</p> <p>Digitale Medien können helfen, den Datenaustausch zwischen Arzt und Patient zu verbessern. Bisher jedoch verunsichern digitale Medien Patienten eher, weil die Informationen nicht qualitätsgesichert sind. Das zeigt eine Umfrage unter Ärzten von Springer Medizin und Berlin-Chemie.</p> <p>An der Umfrage zum Thema „Der mündige Patient im Zeitalter des Internets“ beteiligten sich 491 Ärzte. 53% der Teilnehmer sind der Meinung, dass Patienten im Umgang mit der Therapie heute unsicherer sind als früher. Denn fast alle nutzen das Internet, um Informationen über ihre Krankheit zu suchen, vertrauen den gefundenen Informationen aber nur wenig. Die Unsicherheit der Patienten erschwert daher für Ärzte das Gespräch mit den Patienten. So sagen 70% der Ärzte, dass aufgrund der Vorinformationen die Zeit für Patientengespräche zugenommen hat. Nach eigener Einschätzung verbringen 27% der Ärzte im Durchschnitt mehr als 15 Minuten pro Tag damit, Information aus dem Internet klarzustellen oder zu relativieren.</p> <p>Doch sehen die Teilnehmer der Umfrage auch Chancen für die Zukunft. Fast 50% denken, dass digitale Medien prinzipiell dazu beitragen können, den Datenaustausch zwischen Arzt und Patient zu verbessern. Das zeigt, dass Ärzte den Möglichkeiten der digitalen Medien aufgeschlossen gegenüber stehen, es aber noch weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Informationen im Internet bedarf.</p> <p><i>Quelle: Ärztezeitung, www.aerztezeitung.de</i></p>	<p>Gitter im Gehirn</p> <p>Tiere und Menschen orientieren sich mit Hilfe eines inneren Navigationssystems, wofür das Gehirn zur Kartierung der Umwelt Gittermuster nutzt. Wissenschaftler der Humboldt Universität zu Berlin und des Exzellenzclusters Neurocore entdeckten ein gitterartiges Netzwerk von Nervenzellen im Gehirn, welches die anatomische Grundlage des Gitters darstellen könnte.</p> <p>Die wichtigen Gehirnabschnitte für die Orientierung bei Säugetieren sind der Hippocampus und die entorhinale Hirnrinde. Sie speichern Sinnesindrücke und repräsentieren sie in Form einer kognitiven Karte. Innerhalb der entorhinalen Hirnrinde gibt es Gitterzellen, die in räumlichen Gittermustern aktiv sind, wenn sich Tiere fortbewegen. Wie das Gehirn solche Gittermuster erzeugt, ist bisher unbekannt. Die Wissenschaftler konnten mithilfe eines Proteins, welches an Kalzium in bestimmten Nervenzellen bindet, nun einen kleinen Zellverband sichtbar machen. Deren Nervenzellfortsätze bildeten im Raum ein sechseckiges Muster, das Ähnlichkeiten mit den bekannten Gittermustern aufwies.</p> <p>Diese Erkenntnisse geben wichtige Hinweise darauf, wie das räumliche Gedächtnis funktioniert; eine Funktion, die in vielen Demenzerkrankungen beeinträchtigt ist oder verloren geht.</p> <p>Literatur: Ray S, Naumann R, Buralgossi A et al (2014) Grid-layout and Theta-modulation of Layer 2 Pyramidal Neurons in Medial Entorhinal Cortex. <i>Science</i>. 10.1126/science.1243028</p> <p><i>Quelle: Nationales Bernstein Netzwerk Computational Neuroscience, www.nncn.de</i></p>

Anhang C: Artikel 2

Running head: SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

Skill deficits and psychopathology - A transdiagnostic study

Mareike Hofmann ¹, Tobias Fehlinger ^{1,2}, Nikola Stenzel ^{1,3} and Winfried Rief¹

¹ Philipps-University of Marburg

² University of Luebeck

³ University of Leipzig

Author Note

Mareike Hofmann, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps-University of Marburg; Tobias Fehlinger, University of Luebeck, Zentrum fuer Integrative Psychiatrie; Nikola Stenzel, University of Leipzig, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy; Winfried Rief, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps-University of Marburg.

Correspondence concerning this article should be addressed to Mareike Hofmann, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps-University of Marburg, Gutenbergstr.18, 35032 Marburg, Germany.

Contact: Mareike.Hofmann@Stumpenhorst.de

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

1

Abstract

Background: Transdiagnostic approaches and interventions have become an important part of psychotherapy especially due to the high comorbidity of mental disorders. They include interventions to decrease specific skills deficits (e.g., emotion regulation deficit). However, there is a lack of simultaneous examination of various skills for several mental disorders. The aim of this study is a comparison of several skills regarding different primary diagnosis (anxiety vs. affective disorder) and comorbidity (monodiagnosis vs. multidiagnosis) in order to investigate their transdiagnostic claim. *Methods:* The sample of $N = 291$ patients consisted $n = 116$ patients with a monodiagnosis (several mental disorders) and $n = 175$ patients with comorbid diagnoses as well as $n = 78$ patients with depressive monodiagnosis and $n = 18$ patients with anxiety monodiagnosis. Seven different skills were measured using a structured multidimensional interview. *Results:* Surprisingly, there are no differences in skills between both groups as analyzed with the MANOVA. In line with previous research, a univariate analysis showed that anxiety and depressive patients differ in their emotion regulation. Additionally, it was examined whether there is a difference in the skill profiles between patients with monodiagnosis and patients with comorbidity. The results show that these groups differ in their skill levels. Comorbidity is associated with greater skill deficits. This effect seems to depend on number of diagnoses. *Limitations:* The groups are of different sample sizes and the size of the anxiety group is relatively small. *Conclusions:* The fact that anxiety and depressive patients differ only in their emotion regulation strengthens the transdiagnostic claim of skills. Furthermore, the improvement of skills that can impact recovery from mental disorders is especially relevant for patients with multiple diagnoses.

Keywords: skills, emotion regulation, depression, anxiety, comorbidity, transdiagnostic

Introduction

In recent years, transdiagnostic interventions have increasingly complemented disorder specific interventions in psychotherapy (e.g., McManus et al., 2010). Particularly in the case of comorbidity they have the potential to complete disorder-specific approaches (Stenzel et al., 2012) and could increase the effectiveness of psychotherapy (Barlow et al., 2004). The term “transdiagnostic” includes the assumption that certain cognitive and behavioral processes occur across a broad range of different disorders (see for an overview: Clark and Taylor, 2009; Dozois et al., 2009).

These approaches also include transdiagnostic-relevant skills (e.g., emotion regulation, social competence, stress management). What these skills have in common is their association with different mental disorders and their influence on pathogenesis and course (Berking et al., 2008; Burt et al., 2008; Dozois et al., 2009). This is also supported by the fact that there are differences in skill levels between clinical sample (greater skill deficits) and normal controls (Stenzel et al., 2012). Furthermore, skills seem to be highly relevant for therapy outcomes. For example, emotion regulation appears to be an essential skill influencing depressive symptom improvement (Fehlinger et al., 2013). Additionally, there is strong evidence that skills are relevant in different settings of psychotherapy, such as in- and out-patient settings (Hofmann et al., 2013).

Up to now, there have been several studies about the relevance of single skills for specific mental disorders. There is evidence for the relevance of deficits in problem solving (Marx et al., 1992) or social competence (Thase, 2012) in patients with depressive disorders. Other examples are lack of self-esteem (Depression: Bos et al., 2010) or emotion regulation deficits (e.g., for various mental disorders: Aldao et al., 2010; Berking and Wupperman, 2012) which are associated with diverse mental disorders.

Additionally, only a few comparisons between different mental disorders and separate skills are reported. Marx et al. (1992), for example, examined patients with anxiety

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

3

and depressive disorders regarding their problem solving competence. Regarding these two groups of mental disorders, other authors (e.g., D'Avanzato et al., 2013; Martin and Dahlen, 2005) report differences in their emotion regulation strategies. But to date, studies that simultaneously examine more than one mental disorder and more than one skill type are lacking, particularly studies utilizing diagnosed samples. Given this background, the aim and unique feature of the present study is to simultaneously assess various skills in order to analyze their differences/similarities between diagnoses. It was predicted that the type of disorder would be associated with different profiles of skill deficits. Finally, it was assumed that skills are associated with comorbidity (i.e., number of comorbid mental disorders) beyond the level of psychopathology in general.

Methods**Participants**

The sample consisted of $N = 299$ in- and out-patients at the beginning of a psychological treatment. 104 patients (34.8%) were treated in the psychotherapy outpatient clinic Marburg (PAM). 195 patients were treated in one of three mental-health hospitals in Germany (Schön Klinik Bad Arolsen: 36.5 % of participants, Salus Klinik Lindow: 20.4 %, St. Franziska-Stift Bad Kreuznach: 8.4 %). Exclusion criterion was a primary diagnosis other than affective, anxiety or somatoform disorder. Patients with psychosis or addiction, under 18 years of age, or unable to sufficiently understand German were also excluded. Patients with a complete data-set were considered for the data analysis. Eight (2.7 %) participants of the study had to be excluded because of missing data. Overall, 175 patients with comorbid diagnoses (multidiagnosis) and 116 patients with a monodiagnosis (but different primary diagnosis) were included. 78 of these patients had a primary monodiagnosis of depression, and 18 had a primary monodiagnosis of anxiety.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

4

Depressive vs. anxiety disorder

The mean age of the 78 depressive patients (50 female, 28 male) was $M = 44.67$ years ($SD = 11.60$). Most of them were married (56.4 %) and had over 13 years of education (42.3 %). Most of the 18 anxiety patients (10 female, 8 male) were unmarried (77.8 %) and had a high level of education (61.1 % with over 13 years of education). Anxiety patients were significantly younger ($M = 33.22$ years; $SD = 14.76$). See Table 1 for a detailed overview of sample characteristics.

Mono- vs. Multidiagnosis

The average age of the 116 patients with only one mental disorder (78 female, 41 male) was $M = 43.62$ years ($SD = 12.42$). The most frequent primary diagnosis was depressive disorder (79.0 %). The mean age of the 175 patients with more than one diagnosis (119 female, 61 male) was $M = 42.51$ years ($SD = 11.67$). In this group the most frequent primary diagnosis was depressive disorder (65.1 %) as well. The number of diagnoses ranged from 1 to 7. Most of the patients had one (37.8%) or two (30.8%) diagnoses at the same time. See Table 2 for a detailed overview of sample characteristics.

Assessment Instruments**Structured Clinical Interview for DSM-IV**

Diagnoses were evaluated by trained interviewers using the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; German: Wittchen et al., 1997). The Salus Klinik Lindow used a system called "Clinic Control" for evaluating the diagnoses. These diagnoses were adopted for the analyses. All diagnoses were classified by ICD-10 categories.

Operationalized Skills Assessment Inventory (OFD)

The Operationalized Skills Assessment Inventory (German: "Interview zur Operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik", OFD; (Stenzel et al., 2010; Stenzel and Rief, 2011)) is a structured interview. It assesses seven therapy-relevant "skills": problem solving, social competence, stress management, relaxation ability, emotion regulation, self-efficacy, and self-

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

5

esteem. Although these constructs show some intercorrelations, they are not equivalent (Stenzel et al., 2010). Each of them is assessed on three to five subscales (e.g., emotion regulation: (1) realization of goal-directed behavior, (2) identification of emotions, (3) access to regulation strategies, (4) acceptance of emotions, (5) expression of emotions). The trained interviewer orally presents specific situations to the interviewee. The interviewee's task is to describe how he or she would behave in such a situation. Afterwards, the interviewer rates the skill level of the described behavior using a behaviorally anchored five-point Likert scale (5 = high, 1 = low skill value). The interview takes, on average, 1.5 hours. Validation studies (Stenzel et al., 2010; Stenzel and Rief, 2011) with clinical and non-clinical samples showed satisfying to good reliability ($r = .86 - .98$). Confirmatory factor analyses supported the factorial structure of the interview and correlations with well-established questionnaires indicated convergent validity ($r = .43 - .81$). Moreover, results showed a high inter-rater reliability ($r_{icc} = .86 - .98$) as well as a high sensitivity to change ($SRM = .61 - 1.53$). For a detailed overview see Stenzel et al. (2010) as well as Stenzel and Rief (2011).

Symptom-Checklist (SCL)

Psychopathological distress was measured by the Symptomchecklist-90-R (SCL-90-R; German: Franke, 2002). The SCL contains 90 items, yielding nine scores along primary symptom dimensions. The global distress index (Global Severity Index, GSI), which was applied in the present study, is a reliable measurement for the present psychopathological distress of patients (Hessel et al., 2001).

Beck Depression Inventory (BDI)

The Beck Depression Inventory-II (BDI-II; German: (Hautzinger et al., 2006) contains 21 items that assess the extent of depressive symptoms. One of the cooperating hospitals of the present study (Salus Klinik Lindow) applied the German BDI-I version (Hautzinger et al., 1994) by default. We adopted these test results for the study in order to minimize patients' effort using z-standardization and transformation to BDI-II values.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

6

Data Collection

The present study was approved by the ethics commission of the German Psychological Association (DGPs). All patients were informed about the study. Afterwards, interested persons could register for participation. Data were collected by senior students (3 male, 7 female) in clinical psychology who received special training and who were supervised by diagnostic experts. Diagnoses were confirmed through review of diagnostic data by the first and second author.

Every participant was tested immediately after admission to the respective hospital at the beginning of outpatient psychotherapy, within a period of 2-3 weeks after initial therapy session.

Data Analysis

Data were analyzed by means of SPSS for Windows, Version 18.0. The level of significance was set to $p \leq .05$ for all analyses. Individual missing values were replaced using syntax for “multiple two-way imputation” (van Ginkel and van der Ark, 2005).

For comparison of groups (anxiety vs. depressive disorder; mono- vs. multidiagnosis) concerning demographic and clinical variables, independent t-tests were conducted. For categorical data, chi-square tests were used, while Mann-Whitney-U-tests were used for other non-parametric data.

To compare the different groups of patients regarding their skills, multivariate analyses of variance (MANOVA) were calculated. To control possible influences of demographic and clinical characteristics, multivariate analyses of covariance (MANCOVA) were conducted. Further two-factorial analyses of variance (ANOVA) were conducted to compare each skill separately. Further details will be reported in the results section.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

7

Results**Depressive Disorder vs. Anxiety Disorder****Demographical and Clinical Characteristics**

Patients with depressive ($n = 78$) versus anxiety disorders ($n = 18$) are different in age ($z = -3.210, p \leq .001, r = -.33$) and marital status ($\chi^2(2) = 13.207, p \leq .001$). Patients with depressive disorders are older and more often married than patients of the anxiety disorder group. Furthermore, depressive patients are more often in an in-patient psychotherapy setting at time of data collection for the present study. All statistical variables and results of the analyses are shown in Table 1.

Table 1 about here

Skills

Multivariate Analysis of Variance. The two groups were compared regarding the seven skill levels. Using Wilk's statistic, there was no overall effect of disorder group on skill level in the multivariate analysis of variance ($\Lambda = .888, F(7,86) = 1.548, p = .162$, partial $\eta^2 = .112$). Since the groups are of very different sample size – and the group of patients with anxiety disorder is relatively small – this might bias the results. Due to exploratory reasons in order to have a closer look at possibly distinctive skills, we conducted further specific univariate analyses. Previous research showed, for example, an outstanding role of emotion regulation compared to other skills (e.g., for depressive symptoms: (Fehlinger et al., 2013)). A univariate analysis of variance showed a significant effect of disorder group on emotion regulation ($F(1,86) = 6.001, p < .05$, partial $\eta^2 = .061$). Depressive patients showed lower skill levels in emotion regulation ($M = 3.09, SD = .69$) than patients with anxiety disorder ($M = 3.53, SD = .62$). Figure 1 shows means and standard errors of the means (SEM) for both disorder groups.

Figure 1 about here

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

8

Subscales of Emotion Regulation. The results encouraged us to have a closer look at the subscales of emotion regulation. Using Wilk's statistic again, there was a significant effect of disorder group on emotion regulation strategies in a multivariate analysis of variance ($\Lambda = .867$, $F(5, 89) = 3.66$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .133$). Further, separate univariate ANOVAs on the emotion regulation strategies revealed two significant effects: Compared to anxiety patients, depressive patients are low-skilled in "identification of emotions" ($F(1, 89) = 11.281$, $p \leq .001$, partial $\eta^2 = .108$) as well as in "expression of emotions" ($F(1, 89) = 3.980$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .041$).

Multivariate Analysis of Covariance. Given the differences between the groups in single demographic and clinical variables, a multivariate analysis of covariance was conducted. The MANCOVA revealed a significant relationship of the covariate SCL (psychopathological distress) to the disorder groups ($\Lambda = .681$, $F(7, 83) = 5.553$, $p \leq .001$, partial $\eta^2 = .319$). There was no significant effect of other potential covariates (age, marital status, treatment setting).

Monodiagnosis vs. Multidiagnosis

In the present study depressive patients are more psychopathologically burdened than anxiety patients (see Table 1). So far, monodiagnosis was the focus of the present study. Comorbidity logically implies greater psychopathology. In order to investigate if skills are associated with comorbidity (i.e., number of comorbid mental disorders) beyond the level of psychopathology, the following analyses were conducted.

Demographical and Clinical Characteristics

Compared to versus patients with comorbidities ($n = 180$), patients with only one diagnosis ($n = 119$) have, as expected, a greater level of psychopathology in general ($t(295) = -6.22$, $p \leq .001$) and of depressive symptoms ($t(294) = -5.68$, $p < .001$). Additionally, there are differences in the mixture of primary diagnoses ($\chi^2(2) = 9.796$, $p < .01$). See Table 2 for more detailed information of the group comparisons.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

9

*Table 2 about here***Skills**

Using Wilk's statistic, there was an effect of disorder group on skill level in the multivariate analysis of variance ($\Lambda = .927$, $F(7,283) = 3.207$, $p = .003$, partial $\eta^2 = .073$). Post hoc univariate analysis of variance showed a significant effect of disorder group on Emotion Regulation ($F(1,283) = 12.874$, $p \leq .001$, partial $\eta^2 = .043$), Stress Management ($F(1,283) = 9.420$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .032$), Relaxation Ability ($F(1,283) = 8.861$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .030$), Self-esteem ($F(1,283) = 12.511$, $p \leq .001$, partial $\eta^2 = .041$) and Self-efficacy ($F(1,283) = 6.172$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .021$). All results revealed a lower skill level in patients with more than one diagnosis. See Table 3 for Means, Standard Deviations and detailed results of the (M)ANOVAs.

*Table 3 about here***Number of Diagnoses**

Table 4 shows moderate and significant correlations between skill level and number of diagnoses ($r = -.16$ to $-.28$). Only the correlation to problem solving was not significant ($r = -.05$). The correlations between skill level and level of psychopathology (as measured with the SCL-90-R) were moderate to high ($r = -.23$ to $-.46$). Furthermore, a partial correlation was calculated between skill level and number of diagnoses and controlled for level of psychopathology. The results showed lower, but still significant, negative correlations for Emotion Regulation, Social Competence, Stress Management and Self-esteem with number of diagnoses. See Table 4 for detailed results.

*Table 4 about here***Discussion**

The present study focused on simultaneous comparisons of multiple skills regarding patients of different psychopathology. More precisely, this study is, as far as we know, the first to simultaneously compare seven skills between patients with anxiety disorder to

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

10

depressive patients. MAN(C)OVAs showed that emotion regulation turned out to be the distinctive variable. Additionally, it was examined whether there is a difference in the skill profiles between patients with monodiagnosis and patients with comorbidity. The results show that both groups differ in their skill levels. Comorbidity in general (yes vs. no) is associated with greater skill deficits. Furthermore, this effect seems to depend on the number of diagnoses.

Several studies examined differences and similarities between various mental disorders, e.g., anxiety and depression, regarding single skill deficits or resources (D'Avanzato et al., 2013; Martin and Dahlen, 2005; Marx et al., 1992). However, when several skills are examined simultaneously, a more differentiated picture emerges. Altogether, results of the present study show fewer differences between patients with anxiety versus depressive disorders than expected. Surprisingly, they only differ in their emotion regulation. This nevertheless supports the transdiagnostic claim of the examined skills. Previous studies which examined skill deficits in either depressive or anxiety disorders found them in both groups. Indeed, previous research has reported evidence for deficits in skills in anxiety as well as in depressive disorders. For example, lower skills in emotion regulation were reported for anxiety disorders as well as for depressive disorders (Mennin et al., 2002; Cloitre et al., 2002). Another example is to be found in a lack of social competence, which is considered to be a vulnerability factor for social phobia, depression and other disorders (Ingram and Price, 2001; Segrin, 2001). Moreover, the skill-profiles seem to be similar. The stress management of both groups contains the most deficits, whereas social competence and Self-esteem show the greatest levels.

Our findings indicate that only emotion regulation, namely the abilities to identify emotions and to express them, differs between both mental disorders. According to Cohen (1988), the effect sizes (identification of emotions: partial $\eta^2 = .108$; expression of emotions: partial $\eta^2 = .041$) are considered to be large. The finding that both groups differ in their

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

11

emotion regulation is not surprising. Many mental disorders are characterized by - partly different - difficulties in emotion regulation. The result of the present study seems to be in line with previous investigations (e.g., D'Avanzato et al., 2013; Martin and Dahlen, 2005). Saarijärvi et al. (2001) found that difficulty with the specific strategy "identification of emotions" was related to levels of depression. However, depressive patients do not only have difficulties in identification and expression of their own emotions, but also in identifying them in facial expressions of their counterpart (e.g., Surguladze et al., 2004). This could mean that identification of emotions is a general deficit in the emotion regulation of depressive patients. This is particularly interesting when compared to other mental disorders. Up to now, it is not clear whether biases in the identification of emotions (or emotional facial expressions; see Joormann and Gotlib, 2006) are specific to depression. Previous studies regarding differences between anxious and depressed patients in their emotion regulation mainly focus on episodic depression and social phobia (e.g., D'Avanzato et al., 2013; Joormann and Gotlib, 2006). Among other results, they report that higher levels of expressive suppression are specific to social phobia related to major depressive episode. The results of our study demonstrate contrastingly greater skill deficits in identification and expression of emotions in depressed patients compared to anxiety patients. The present study consciously respected different anxiety (e.g., social phobia, agoraphobia) and depressive disorders (e.g., episodic or recurrent with different degrees of severity). Under the assumption that expressive suppression is a specific deficit of patients with social phobia, this could be an explanation for differences to previous studies.

To examine whether skills are associated with psychopathology (i.e., comorbidity), additional analyses were conducted. The results showed a significant effect of group (Monodiagnosis vs. Comorbidity) on Emotion Regulation, Stress Management, Relaxation ability, Self-esteem and Self-efficacy. Patients with more than one diagnosis revealed greater skill deficits. It can be considered that in the case of clinical multidagnosis – and as

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

12

demonstrated by the results independent of diagnoses - skill deficits increasingly come to the fore and require a concerted treatment.

However, a closer look reveals that more severe skill deficits were associated with a greater number of comorbid diagnoses. As a logical consequence of previous results, skill deficits were related to the general level of psychopathology, as assessed with the SCL. After controlling the correlation between skills and number of diagnoses for psychopathology, emotion regulation, social competence, stress management and self-esteem still remain substantial. Lower levels of these skills were associated with higher comorbidity and contain additional information beyond the level of psychopathology. These results could be of particular interest when planning psychological interventions for patients with comorbidity. In this respect, special attention should be paid to emotion regulation, social competence, stress management and self-esteem.

Some limitations of the present study should be kept in mind. First, the mental disorder groups differ in sample size. However, if group sizes are different, then the robustness of some of the utilized statistical techniques cannot be completely assumed. This particularly relates to the comparison of the disorder groups (anxiety vs. depression). In combination with the relatively small sample size of the anxiety disorder group ($n = 18$), this might have led to a distortion of the results. This should be taken into account when interpreting the results, especially the effect size. Nevertheless, the applied statistical methods are the best option for the present research questions. Subsequent further studies should examine the abovementioned skills in several disorders in larger groups of the same size. Furthermore, the comparison of other mental disorders (e.g., Somatoform disorders, Personality disorders) is certainly very interesting. Second, the patient population is somewhat heterogeneous. The study examined patients with (a) different anxiety (e.g., social phobia, agoraphobia) or depressive disorders (e.g., episodic or recurrent with different degrees of severity) and (b) several comorbid diagnoses. In part, this could be explained by the

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

13

naturalistic approach of this study. While the internal validity might be limited, the external validity can be considered a key benefit of this design. It has become apparent in the first part of the study that there are fewer differences between the different diagnoses than expected. As previously mentioned, this could support the transdiagnostic claim of skills. Therefore we intentionally chose such a transdiagnostic approach for comorbid disorders in order to account for the transdiagnostic character of skills.

Conclusions

In summary, this is one of the first studies to compare different mental disorder groups in terms of several skills. Although further work is required to gain a more complete understanding of transdiagnostic skills, our findings indicate fewer differences than expected. Moreover, lower skill levels were associated with higher comorbidity. Finally, it can be ascertained that the results could be of particular importance for research and clinical practice. The fact that anxiety and depressive patients differ only in their emotion regulation strengthens the transdiagnostic claim of skills. Furthermore, the improvement of skills that can impact recovery from mental disorders is especially relevant for patients with multiple diagnoses.

Role of funding source

This research was not supported by any funding bodies.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest that could have influenced the conduct and report of this study.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to all patients who took part in our study. In addition, we thank the following hospitals for their cooperation: Psychotherapie-Ambulanz Marburg (PAM), Schön-Klinik Bad Arolsen, Salus-Klinik Lindow, St.Franziska-Stift Bad

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

14

Kreuznach. Finally, our thanks go to Pia von Blanckenburg, Lotta Auerswald, Anne Gerstner, Kathrin Keller, Peter Kohlert, Hannes Krieg, Dirk Lambert, Kristina Spenner and Swenja Wagner for their support and collaboration.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

15

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 30, 217-237.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., Choate, M.L., 2004. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 35, 205-230.
- Berking, M., Wupperman, P., 2012. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry* 25, 128-134.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., Znoj, H., 2008. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther* 46, 1230-1237.
- Bos, A.E.R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L.R.R., Biesheuvel, J., 2010. Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Pers Individ Dif* 48, 311-316.
- Burt, K.B., Obradovic, J., Long, J.D., Masten, A.S., 2008. The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Dev* 79, 359-374.
- Clark, D.A., Taylor, S., 2009. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *J Cogn Psychother* 23, 60-66.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., Han, H., 2002. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol* 70, 1067-1074.
- Cohen, J., 1988. *Statistical power analysis for behavioural sciences*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale.
- Dozois, D.J.A., Seeds, P.M., Collins, K.A., 2009. Transdiagnostic Approaches to the Prevention of Depression and Anxiety. *J Cogn Psychother* 23, 44-59.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

16

- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., Gotlib, I.H., 2013. Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cogn Ther Res* 37, 968-980.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., Rief, W., 2013. Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *J Affect Disord* 144, 116-122.
- Franke, G.H., 2002. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis - Deutsche Version. Beltz, Göttingen.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F., 1994. Beck-Depressions-Inventar (BDI). Huber, Bern.
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., 2006. Das Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II). Harcourt, Frankfurt am Main.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Brähler, E., 2001. Symptom-Checklist SCL-90-R: Validation and standardization based on a representative sample of the German population. *Diagnostica* 47, 27-39.
- Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., Rief, W., 2013. Transdiagnostic skills depending on treatment setting -Skill deficits of inpatient versus outpatients. *Psychotherapeut*. DOI: 10.1007/s00278-013-0993-5, 1-9.
- Ingram, R.E., Price, J.M., 2001. The role of vulnerability in understanding psychopathology, In: Ingram, R.E., Price, J.M. (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan.*, New York, NY, US: Guilford Press, pp. 3-19.
- Joormann, J., Gotlib, I.H., 2006. Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *J Abnorm Psychol* 115, 705-714.
- Martin, R.C., Dahlen, E.R., 2005. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 39, 1249-1260.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

17

- Marx, E.M., Williams, J.M.G., Claridge, G.C., 1992. Depression and social problem solving. *J Abnorm Psychol* 101, 78-86.
- McManus, F., Shafran, R., Cooper, Z., 2010. What does a 'transdiagnostic' approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *Br J Clin Psychol* 49, 491-505.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., Fresco, D.M., 2002. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Sci Prac* 9, 85-90.
- Saarijärvi, S., Salminen, J.K., Toikka, T.B., 2001. Alexithymia and depression - A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res* 51, 729-733.
- Segrin, C., 2001. Interpersonal processes in psychological problems, The Guilford Press.
- Stenzel, N., Krumm, S., Hartwich-Tersek, J., Beisel, S., Rief, W., 2012. Psychiatric Comorbidity is Associated with Increased Skill Deficits. *Clin Psychol Psychother* 20, 501-512.
- Stenzel, N., Krumm, S., Rief, W., 2010. Treatment Planning in Psychotherapy by Use of the Operationalized Skills Assessment Inventory: Evaluation in a Clinical Sample. *Verhaltenstherapie* 20, 109-117.
- Stenzel, N., Rief, W., 2011. Operationalisierte Fertigkeitsdiagnostik zur Therapieplanung. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4, 111-132.
- Surguladze, S.A., Young, A.W., Senior, C., Brebion, G., Travis, M.J., Phillips, M.L., 2004. Recognition accuracy and response bias to happy and sad facial expressions in patients with major depression. *Neuropsychology* 18, 212-218.
- Thase, M.E., 2012. Social Skills Training for Depression and Comparative Efficacy Research: A 30-Year Retrospective. *Behav Modif* 36, 545-557.
- van Ginkel, J.R., van der Ark, L.A., 2005. SPSS syntax for missing value imputation in test and questionnaire data. *Appl Psychol Meas* 29, 152-153.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

18

Wittchen, H.U., Zaudig, M., Fydrich, T., 1997. SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für
DSM-IV. Achse I und II. Hogrefe, Göttingen.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

19

Tab. 1

Demographic and clinical characteristics (depressive disorder vs. anxiety disorder group)

	Depression (<i>n</i> = 78)	Anxiety (<i>n</i> = 18)	Test statistics (<i>df</i>) ^a
Age <i>M</i> (<i>SD</i>)	44.67 (11.60)	33.22 (14.76)	$z = -3.210^{***}$
Sex <i>n</i> (%)			$\chi^2 (1) = .456$
Female	50 (64.1)	10 (55.6)	
Male	28 (35.9)	8 (44.4)	
Marital status <i>n</i> (%)			$\chi^2 (2) = 13.207^{***}$
Unmarried	26 (33.3)	14 (77.8)	
Married	44 (56.4)	2 (11.1)	
Divorced, widowed	8 (10.3)	2 (11.1)	
Years of education <i>n</i> (%)			$\chi^2 (3) = 2.781$
≥ 13 (Gymnasium)	33 (42.3)	11 (61.1)	
≥ 10 (Realschule)	18 (23.1)	4 (22.2)	
9-10 (Hauptschule)	25 (32.1)	3 (16.7)	
No graduation	2 (2.6)	-	
Treatment setting <i>n</i> (%)			$\chi^2 (1) = 7.020^*$
In-patient	56 (71.8)	7 (38.9)	
Out-patient	22 (28.2)	11 (61.1)	
SCL <i>M</i> (<i>SD</i>)	1.06 (.51)	.73 (.52)	$t (1,94) = 2.517^*$

Note. ^a Mann-Whitney-U-Test for age; Chi-Squared-Tests for sex, marital status, years of education and treatment setting; T-tests for SCL and PDI.

*** $p < .001$, * $p < .05$.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

20

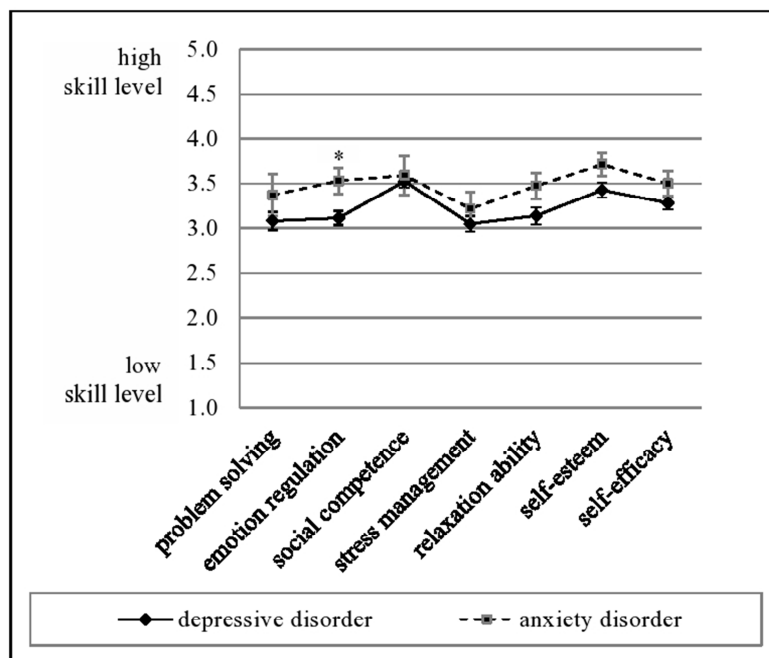


Figure 1. Skill-profiles (M , SEM) for patients with anxiety versus depressive disorder.

* $p < .05$.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

21

Tab. 2

Demographic and Clinical Characteristics (Monodiagnosis vs. Multidiagnosis group)

	Monodiagnosis (n = 116)	Multidiagnosis (n = 175)	Test statistics (df) ^a
Age <i>M (SD)</i>	43.62 (12.42)	42.51 (11.67)	$z = -.881$
Sex <i>n (%)</i>			$\chi^2 (1) = .010$
Female	78 (65.5)	119 (66.1)	
Male	41 (34.5)	61 (33.9)	
Marital status <i>n (%)</i>			$\chi^2 (2) = .142$
Unmarried	48 (40.3)	76 (42.2)	
Married	54 (45.4)	79 (43.9)	
Divorced, widowed	17 (14.3)	24 (13.3)	
Years of education <i>n (%)</i>			$\chi^2 (3) = 2.391$
≥ 13 (Gymnasium)	51 (42.9)	73 (40.6)	
≥ 10 (Realschule)	29 (24.4)	55 (30.6)	
9-10 (Hauptschule)	37 (31.1)	48 (26.7)	
No graduation	2 (1.7)	3 (1.7)	
Treatment setting <i>n (%)</i>			$\chi^2 (1) = 1.789$
In-patient	36 (30.3)	112 (62.2)	
Out-patient	83 (69.7)	68 (37.8)	
ICD-10 primary diagnosis <i>n (%)</i> ^a			$\chi^2 (2) = 9.796^{**}$
Depressive disorder: F32, F33	83 (79.0)	99 (65.1)	
Anxiety disorder: F40, F41	11 (10.5)	40 (26.3)	
Somatoform disorder: F45	11 (10.5)	13 (8.6)	
SCL <i>M (SD)</i>	.93 (.52)	1.33 (.55)	$t (1,295) = -6.222^{***}$
BDI z-stand. <i>M (SD)</i>	-.39 (.99)	.26 (.93)	$t (1,294) = -5.681^{***}$

Note. ^a Mann-Whitney-U-Test for age; Chi-Squared-Tests for sex, marital status, years of education and treatment setting; T-tests for SCL and PDI.

^a Diagnoses were classified by ICD-10 categories.

^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

22

Table 3

Means, Standard Deviations, and MANOVA for Effects of Group (Monodiagnosis vs. Comorbidity) on Skills

	Monodiagnosis (<i>n</i> = 116)		Comorbidity (<i>n</i> = 175)		Between Subjects		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
Problem solving	3.11	.85	3.08	.73	.123	.727	< .001
Emotion Regulation	3.17	.66	2.88	.70	12.874	< .001	.043
Social Competence	3.53	.67	3.38	.64	3.552	.060	.012
Stress Management	3.11	.76	2.82	.78	9.420	.002	.032
Relaxation Ability	3.15	.84	2.87	.76	8.861	.003	.030
Self-esteem	3.53	.70	3.23	.69	12.511	< .001	.041
Self-efficacy	3.39	.65	3.20	.61	6.172	.014	.021

Note. Multivariate analysis of variance (MANOVA). $\Lambda = .927$, $F(7,283) = 3.207$, $p < .01$.

SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

23

Table 4

Correlations between Skills, Number of Diagnoses and Level of Psychopathology.

	Number of diagnosis (<i>n</i> = 299)	Number of diagnosis controlled for SCL (<i>n</i> = 294)	SCL (<i>n</i> = 297)
Problem Solving ^a	-.045	.048	-.232**
Emotion Regulation	-.236**	-.129*	-.444**
Social Competence	-.160**	-.096*	-.275**
Stress Management	-.274**	-.196**	-.296**
Relaxation Ability	-.258**	-.065	-.464**
Self-esteem	-.278**	-.128*	-.434**
Self-efficacy	-.220**	-.039	-.431**

Note. Spearman-rho correlation and partial correlation.^a *n* = 291 for bivariate correlations with number of diagnosis; *n* = 286 for partial correlation;*n* = 289 for bivariate correlations with SCL.* *p* < .05, ** *p* < .01 (one-tailed).

Anhang D: Artikel 3

Running head: SKILLS AND PSYCHOPATHOLOGY

**The relationship between skill deficits and disability -
A transdiagnostic study**

Mareike Hofmann ¹, Tobias Fehlinger ^{1,2}, Nikola Stenzel ^{1,3} and Winfried Rief¹

¹ Philipps-University of Marburg

² University of Luebeck

³ University of Leipzig

Author Note

Mareike Hofmann, Philipps-University of Marburg, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy; Tobias Fehlinger, University of Luebeck, Zentrum fuer Integrative Psychiatrie; Nikola Stenzel, University of Leipzig, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy; Winfried Rief, Philipps-University of Marburg, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy.

Correspondence concerning this article should be addressed to Mareike Hofmann, Philipps-University of Marburg, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Gutenbergstr.18, 35032 Marburg, Germany.

Contact: Mareike.Hofmann@Stumpenhorst.de

SKILLS AND DISABILITY

1

Abstract

Objective: Transdiagnostic skills (e.g., emotion regulation, stress management) and related self-concepts (e.g., self-esteem) are associated with the pathogenesis and course of different mental disorders. In addition, evidence suggests that skill deficits coincide with psychological strain and disability, beside specific psychopathology. So far studies examining the relevance of several skills for patient's disability are lacking. The aim of the present study was the combined assessment of seven skills and self-concept variables in order to simultaneously analyze their relevance for disability. *Method:* A total of $N = 258$ patients completed study measures surrounding seven skills, disability and psychopathology assessed at admission and discharge. *Results:* Results support a relationship between several skills and disability (especially stress management) even when controlling for psychopathology. The improvement of skills and related self-concepts during therapy contributed substantially to the improvement of disability ratings. *Conclusions:* This study highlights the transdiagnostic importance of skills, in addition with the improvement of skills and related self-concepts as major determinants of disability. Parts of these effects are robust, even when controlling for psychopathology.

Key words: skills, disability, psychopathology, self-esteem, transdiagnostic

Introduction

During the last years, transdiagnostic interventions have increasingly complemented disorder specific interventions in psychotherapy (e.g., McManus et al., 2010). The term “transdiagnostic” refers to the assumption that certain cognitive and behavioral processes occur across a broad range of different disorders (see for an overview: Clark and Taylor, 2009; Dozois et al., 2009). These approaches also include transdiagnostic-relevant skills (e.g., emotion regulation, social competence, stress management).

A common link between these skills is that they are associated with different mental disorders and influence their pathogenesis and course (Berking et al., 2008b; Burt et al., 2008; Dozois et al., 2009). Stenzel et al. (2013) identified significant differences in skill levels between clinical samples and normal controls. Furthermore, skills seem to be highly relevant for therapy outcome. For example, emotion regulation appears to be an essential skill influencing depressive symptom improvement (Fehlinger et al., 2013b). Particularly in the case of comorbidity, skill training complements disorder-specific approaches (Hofmann et al., 2014; Stenzel et al., 2013).

From a societal perspective, one central problem of mental disorders is the associated disability (Bijl and Ravelli, 2000), with disability being defined as any restriction or lack of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human (WHO, 1980). There is evidence that single skill deficits also coincide with psychological strain and disability. Recently published research indicates that skill deficits are associated with greater impairment of daily life (e.g., Posadzki et al., 2009). Deficits in emotion regulation or social competence were related to greater disability in the normal population (Extremera and Fernandez-Berrocal, 2002; Segrin and Taylor, 2007) as well as in patients with physical illness (e.g., Grey et al., 2000; Phillips et al., 2009).

Skill deficits can be a reason for, and not only a consequence of, disability. For example, Berking et al. (2008a) were able to show that emotion regulation competences

SKILLS AND DISABILITY

3

predicted important aspects of mental health at a later point in time. In contrast, disability of mental health was not a significant predictor for successful application of emotion regulation strategies. This indicates that deficits in emotion regulation could indeed be a precursor of disability.

To date, few studies have examined the relationship between single skill deficits and functional disability. Furthermore, studies simultaneously analyzing more than one skill domain are lacking, and the comparison of different studies using different methods to assess skills is problematic. Therefore, the aim of the present study was to shed light on the relationship between several skill deficits and disability in both a cross-sectional and longitudinal manner, using a comparable method to assess different skills.

Methods**Participants**

The sample consisted of $N = 285$ in- and out-patients at the beginning of cognitive behavioral therapy. 104 patients (35.8%) were treated in the psychotherapy-outpatient clinic Marburg (PAM). 183 patients were treated in one of three mental-health hospitals in Germany (Schön Klinik Bad Arolsen: 37.5 % of participants, Salus Klinik Lindow: 18.2 %, St. Franziska-Stift Bad Kreuznach: 8.4 %). Exclusion criterion was a primary diagnosis other than affective, anxiety or somatoform disorder. Patients with psychosis or addiction, under 18 years of age, or unable to sufficiently understand German were also excluded. See Table 1 for a detailed overview of sample characteristics.

Assessment Instruments**Structured Clinical Interview for DSM-IV**

Diagnoses were evaluated by trained interviewers using the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; German: Wittchen et al., 1997). The Salus Klinik Lindow used a system called "Clinic Control" for evaluating the diagnoses. These diagnoses were adopted for the analyses. All diagnoses were classified by ICD-10 categories.

SKILLS AND DISABILITY

4

Operationalized Skills Assessment Inventory (OFD)

The Operationalized Skills Assessment Inventory (German: "Interview zur Operationalisierten Fertigkeitsdiagnostik", OFD; Stenzel et al., 2010; Stenzel and Rief, 2011) is a structured interview. It assesses problem solving, social competence, stress management, relaxation ability, emotion regulation, self-efficacy, and self-esteem. Although the latter two are not "skills" in the common sense, they are closely related to basic skills, and also represent transdiagnostic aspects. However, even though these constructs show some inter-correlations, they are not equivalent (Stenzel et al., 2010). Each of them is assessed on three (e.g., stress management: (1) under time pressure, (2) when feeling overwhelmed, (3) when exhausted) to five (e.g., emotion regulation: (1) realization of goal-directed behavior, (2) identification of emotions, (3) access to regulation strategies, (4) acceptance of emotions, (5) expression of emotions) subscales. The trained interviewer verbally presents specific target situations to the interviewee, whose task is to describe how he or she would behave in such a situation. Afterwards, the interviewer rates the skill level of the described behavior using a behaviorally anchored five-point Likert scale (5 = high, 1 = low skill value). The interview takes 1.5 hours on average. Validation studies (Stenzel et al., 2010; Stenzel and Rief, 2011) with clinical and non-clinical samples showed satisfying to good reliability ($\alpha = .66 - .86$). Confirmatory factor analyses supported the factorial structure of the interview and correlations with well-established questionnaires indicated convergent validity ($r = .43 - .81$). Moreover, results showed a high inter-rater reliability ($r_{icc} = .86 - .98$) as well as a high sensitivity to change ($SRM = .61 - 1.53$). For a detailed overview see Stenzel, Krumm and Rief (2010) as well as Stenzel and Rief (2011).

Pain-Disability Index (PDI)

The disability of the patients was examined by an adapted version of the PDI (Mewes et al., 2009). This self-assessment questionnaire measures general subjective

SKILLS AND DISABILITY

5

disability in seven areas of daily living (family/home responsibilities, recreation, social activities, occupation, sexual behavior, self-care, life-support activity).

Symptom-Checklist (SCL)

Psychopathological distress was measured by the Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R; German: Franke, 2002). The SCL contains 90 Items, yielding nine scores along primary symptom dimensions. The global distress index (Global Severity Index, GSI), which was applied in the present study, is a reliable measurement for the current psychopathological distress of patients (Hessel et al., 2001).

Data Collection

The present study was approved by the ethics committee of the German Psychological Association (DGPs). After patients were informed about the study, interested persons could register for participation. Data were collected by trained advanced master candidates (3 male, 7 female) in clinical psychology who were supervised by diagnostic experts. Diagnoses were confirmed through review of diagnostic data by the first and second author.

At the beginning of outpatient psychotherapy every participant was tested within a period of 2-3 weeks after the initial therapy session which was always still in the baseline diagnostic period. Every participating inpatient was tested after admission to the hospital ($M=6.22$, $SD=3.93$ days after admission) and a second time before discharge ($M=4.36$, $SD=3.34$ days before discharge). At admission (= pre-treatment) the two interviews (SCID and OFD) were conducted and the PDI was completed. At discharge (= post-treatment) OFD, SCL and PDI were applied again. The mean interval between both times of measurement was $M=36.61$ ($SD=11.05$) days and varied according to the length of stay in hospital.

Data Analysis

Data were analyzed by means of SPSS for Windows, Version 18.0. Individual missing values were replaced using syntax for "multiple two-way imputation" (van Ginkel & van der Ark, 2005).

SKILLS AND DISABILITY

6

In order to examine the cross-sectional relationship between skill deficits and disability, (hierarchical) multiple regression analyses were conducted. In a first step, we wanted to investigate the relationship between skill deficits and disability at pre-treatment. Therefore, we conducted two separate (hierarchical) multiple regression analyses. First, we chose the PDI pre-score as our criterion and added the seven skills assessed by the OFD at pre-treatment simultaneously as predictors. Second, we entered the SCL pre-score into the model first and then added the skills again simultaneously.

To examine if improvements in skills were associated with the improvement of disability, we calculated gain scores of skills and SCL. For this purpose the differences between pre- and post-scores were generated. Afterwards, hierarchical multiple regression analyses were conducted. Further details will be described in the results section.

Results

In the first step of the analysis we checked the bivariate correlations (Spearman Rho) between the variables (pre-treatment). The highest correlations between skills and psychopathology exist for relaxation ability ($r = -.46, p < .001$) and emotion regulation ($r = -.44, p < .001$). Similar correlations were also found by Stenzel et al. (2013). In the present study, a significant relationship between psychopathology and disability was also found ($r = .55, p < .001$). Highest correlations between disability and skills were found for emotion regulation ($r = -.31, p < .001$) and stress management ($r = -.36, p < .001$). Similar to previous studies (Stenzel et al., 2010; Stenzel and Rief, 2011), the inter-correlations among the skill domains were moderate and significant ($r = .36, p < .001$ to $r = .72, p < .001$).

Skills and disability

First, we examined the relationship between skills and disability, using the PDI pre-score as criterion. The inclusion of skills into the multiple regression model explained 22% of the variation in disability ($p < .001$). Four skills were found to be significant predictors: emotion regulation ($\beta = -.16, p < .05$), social competence ($\beta = .19, p < .05$), stress

SKILLS AND DISABILITY

7

management ($\beta = -.18, p \leq .01$) and relaxation ability ($\beta = -.20, p < .01$). The change of sign of social competence' beta-weight and the relatively low correlation between social competence and disability ($r = -.13$) might display a suppressor effect. So this "predictor" must be treated with caution.

To ascertain whether skills have a predictive power on disability when controlling the influence of general psychopathology, a hierarchical regression analysis was implemented. Using the PDI pre-score again as our criterion, we first entered the SCL GSI pre-score into the regression model, which explained 31 % of the variation in disability ($p < .001$). When the pre-scores of skills were added in the second step of the hierarchical regression analysis, the amount of explained variance increased significantly up to 37 % ($\Delta R^2 = .06, p < .05$). Beside general psychopathology ($\beta = .47, p < .001$), deficits in stress management ($\beta = -.19, p < .01$) were related to disability, while the other skill levels at pre-treatment failed to be significant predictors. Again social competence appears to be a predictor, but once more the beta-weight sign changed ($\beta = .19, p < .01$). All statistical parameters of the analyses are shown in Table 2.

Improvements in skills and disability

The significant relationship between social competence/stress management and disability encouraged us to have a closer look: Can improvements in skills contribute to the improvement of disability? Given that only in-patients of the study had been tested at the end of the therapy, the following analyses depend on $N = 174$ participants. See Table 3 for a detailed overview of sample characteristics.

First, it was verified that patients' subjective disability decreased during the course of therapy. While PDI at pre-treatment was $M = 4.99$ ($SD = 1.87$), the post-treatment score was $M = 3.33$ ($SD = 2.08$; $t(124) = 9.446, p < .001$), indicating large effect sizes (Cohen's $d = 1.70$). Second, this was confirmed with a MANOVA showing a significant effect of repeated

SKILLS AND DISABILITY

8

measurement (pre vs. post) using Pillai's trace ($V = .52$, $F(1,129) = 139.72$, $p < .001$). See Table 4 for details of the following univariate analyses.

Third, a hierarchical multiple regression was implemented. Using the PDI post-score as our criterion, we first entered the PDI pre-score into the regression. It explained 27% of the variation in disability at the end of therapy. When the improvements of the skills were added in the second step of the hierarchical regression analysis, the amount of explained variance increased significantly up to 55% ($\Delta R^2 = .28$, $p < .001$).

Fourth, to control for general psychopathology, its improvement during therapy was calculated. While SCL-GSI at pre-treatment was $M = 1.14$ ($SD = .50$), the post-treatment score was $M = .67$ ($SD = .51$), $t(123) = 10.133$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.83$. Again, a regression analysis with disability at discharge was conducted controlling for PDI pre-score (first step) and improvements of general psychopathology (second step), after which the improvements of the skills were entered into the model. Skill improvements still added 10% of variance ($R^2 = .57$, $p = .001$). However the only significant effect was found for self-esteem ($\beta = -.17$, $p = .03$). All statistical parameters of the analyses are shown in Table 5.

Other studies indicated that there is a relationship between disability and contextual factors such as age, gender, educational status. Therefore a further regression analysis controlling for these variables was conducted. In addition, we controlled for diagnoses in order to meet the transdiagnostic claim of the present study. These analyses did not change the picture of results.

Discussion

To the best of our knowledge the present study was the first to simultaneously analyze multiple skills and their relevance for disability. Results confirmed that several skills were significantly related to disability even when controlling for general psychopathology. Moreover, improvements of skills predicted the level of disability after therapy.

SKILLS AND DISABILITY

9

As outlined in the introduction, several skills that seem to be associated with disability could be a precursor, and not only a consequence of, disability (Berking et al., 2008a). However, when various skills are tested simultaneously (both cross-sectional and longitudinal), a more differentiated picture emerges. The results of a first cross-sectional analysis confirmed the assumption of a relationship between several skills (social competence, stress management, relaxation ability and emotion regulation) and disability. The lack of a link to the features problem solving, self-efficacy and self-esteem may initially be surprising. However, problem solving may be a more abstract skill domain whereas other skills like social competence, stress management or emotion regulation may be more directly linked to experiences in more specific situations. The domains self-efficacy and self-esteem are, compared to the other domains of the OFD, not typical skills in the strict sense but, rather, may be regarded as aspects of Self-Evaluation (Judge et al., 1998). Also closely linked to the other skills, they seem to be more stable (Costa and McCrae, 1994). However, there are high inter-correlations between self-efficacy/self-esteem and the other skill domains (see also Stenzel et al., 2010). These self-related skill constructs may be a prerequisite for any efforts to demonstrate a certain behavior, which has already been considered in previous studies. (Stenzel et al., 2010). The relationship between self-efficacy and self-esteem and disability may be moderated by other, more behaviorally visible skills. For such a model of a hierarchical structure of skills, further research is needed.

Considering the link between skills and comorbidity / psychopathology (Hofmann et al., 2014; Stenzel et al., 2013) and between psychopathology and disability (Bijl and Ravelli, 2000), the subsequent analyses were controlled for general psychopathology. The results showed that – cross-sectionally – stress management remained as predictor of disability beside psychopathology. This could be explained by the contextual overlap: The highest correlations between skills and psychopathology exist for relaxation ability ($r = -.463$, $p < .001$) and emotion regulation ($r = -.439$, $p < .001$). Having a closer look to the beta weights

SKILLS AND DISABILITY

10

of the remaining predictors, both skills have much lower values than psychopathology. Thus, the latter is a much stronger determinant of disability than most of the skills are. Again moderation models are conceivable.

The subsequent longitudinal analyses confirmed results from previous clinical studies that all skills improved during the course of therapy (see also Fehlinger et al., 2013a). As expected, psychopathology and disability were positively influenced by therapy, too. These changes during therapy were an important precondition for the subsequent analyses. Surprisingly, results of the subsequent hierarchical multiple regression analysis indicated that only improvements in self-esteem predicted the reduction of disability at post-treatment, namely the higher the improvement in patient's self-esteem, the lower the level of disability. As mentioned above, self-esteem could instead be – even though referred to as a skill in the present study – regarded as a personality dimension (cf. Core-Self-Evaluations; Judge et al., 1998). Low self-esteem is strongly related to mental disorders, e.g., depression (Orth et al., 2009), with the vulnerability model stating that it is a contributing factor in depression. Sowislo and Orth (2013), for example, found that the effect of self-esteem on depression was significantly stronger than the effect of depression on self-esteem. As outlined in the introduction, psychopathology and mental disorders can lead to disability in daily life or of impaired functioning in relationship, work and health domains (e.g., depression: Gotlib and Hammen, 2009). However, it should be considered that psychopathology is in part a consequence of skill deficits, too. So when controlling for psychopathology, this eliminates to some extent variance of the skills. Therefore after exclusion of skill-variance, which also affects psychopathology, self-esteem remains as independent factor. These relations between psychopathology and skill deficits should be considered, when interpreting the results.

Although causality ratings should be expressed with caution, there is more evidence that skill deficits determine disability, than vice versa. It can be concluded that skills are related to disability. In addition to disorder-specific interventions to reduce psychopathology,

SKILLS AND DISABILITY

11

treatments should focus on skills and on the improvement of the patient's self-esteem, in order to improve disability of in-patients. The present study has shown that reducing disability of patients requires not only symptom reduction, but also skill improvements and increase of self-esteem.

Limitations

Some limitations should be kept in mind while interpreting the results. First, the cross-sectional design of the initial regression analyses allows no conclusions about causality regarding the relationship between skills and disability. Second, it is possible that the effect of regression to the mean could have distorted the results. Third, subsequent data were analyzed using regression analysis models. Nevertheless, this also cannot be interpreted as a prediction in the classical sense. The skill predictors were difference values between post- and pre-measurement, with the post-value being measured at the same time as the criterion (disability). Statements about causality will therefore be limited and need further research. Moreover, it should be shown whether the level of skills at the beginning of, or improvement during, therapy is of importance. Fourth, the sample of the study consisted of patients with heterogeneous diagnoses, which could be interpreted as both a weakness and a strength. Posthoc analyses showed no differences between the diagnoses, which confirms the transdiagnostic character of skills. Fifth, the study presents a naturalistic approach. The specific nature of this design is that greater external validity can be considered as a benefit, while the internal validity might be limited.

Conclusions

The present study is one of the first to examine several skills simultaneously. For the first time the relationship between various skills (improvements) and general functional disability was examined systematically in a cross-sectional as well as in a longitudinal design. Although further work is required, our findings indicate that improvement of disability does not only need symptom reduction, but also improvements of skills and self-esteem.

SKILLS AND DISABILITY

12

Role of funding source

This research was not supported by any funding bodies.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to all patients who took part in our study. In addition, we thank the following hospitals for their cooperation: Psychotherapie-Ambulanz Marburg (PAM), Schön-Klinik Bad Arolsen, Salus-Klinik Lindow, St.Franziska-Stift Bad Kreuznach. Finally, our thanks go to Pia von Blanckenburg, Lotta Auerswald, Anne Gerstner, Kathrin Keller, Peter Kohlert, Hannes Krieg, Dirk Lambert, Kristina Spenner and Swenja Wagner for their support and collaboration.

SKILLS AND DISABILITY

13

References

- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L.L., Caspar, F. (2008a). Prospective Effects of Emotion-Regulation Skills on Emotional Adjustment. *Journal of Counseling Psychology* 55, 485-494.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., Znoj, H. (2008b). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy* 46, 1230-1237.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine* 30, 657-668.
- Burt, K.B., Obradovic, J., Long, J.D., Masten, A.S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Dev* 79, 359-374.
- Clark, D.A., Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy* 23, 60-66.
- Costa, P.T., Jr., McCrae, R.R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality., In: Heatherton, T.F., Weinberger, J.L. (Eds.), *Can personality change?* American Psychological Association, Washington, DC, pp. 21-40.
- Dozois, D.J.A., Seeds, P.M., Collins, K.A. (2009). Transdiagnostic Approaches to the Prevention of Depression and Anxiety. *J Cogn Psychother* 23, 44-59.
- Extremera, N., Fernandez-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports* 91, 47-59.

SKILLS AND DISABILITY

14

- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., Beisel, S., Rief, W. (2013a). On the relevance of improvements in skills for therapy outcome: A transdiagnostic examination. *Zeitschrift Fur Psychiatrie Psychologie Und Psychotherapie* 61, 37-44.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., Rief, W. (2013b). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 144, 116-122.
- Franke, G.H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis - Deutsche Version. Beltz, Göttingen.
- Gotlib, I.H., Hammen, C.L. (2009). *Handbook of depression*. Guilford, New York, NY.
- Grey, M., Boland, E.A., Davidson, M., Li, J., Tamborlane, W.V. (2000). Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics* 137, 107-113.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Brähler, E. (2001). Symptom-Checklist SCL-90-R: Validation and standardization based on a representative sample of the German population. *Diagnostica* 47, 27-39.
- Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N., Rief, W. (2014). Skill deficits and psychopathology. A transdiagnostic study. Manuscript submitted for publication.
- Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E. (1998). The power of being positive: the relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance* 11, 167-187.
- McManus, F., Shafran, R., Cooper, Z. (2010). What does a 'transdiagnostic' approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology* 49, 491-505.

SKILLS AND DISABILITY

15

- Mewes, R., Rief, W., Stenzel, N., Glaesmer, H., Martin, A., Brähler, E. (2009). What is "normal" disability? An investigation of disability in the general population. *Pain* 142, 36-41.
- Orth, U., Robins, R.W., Trzesniewski, K., Maes, J., Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 472-478.
- Phillips, L.H., Saldias, A., McCarrey, A., Henry, J.D., Scott, C., Summers, F., Whyte, M. (2009). Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. *British Journal of Clinical Psychology* 48, 101-106.
- Posadzki, P., Musonda, P., Debska, G., Polczyk, R. (2009). Psychosocial Conditions of Quality of Life Among Undergraduate Students: A Cross Sectional Survey. *Applied Research in Quality of Life* 4, 239-258.
- Segrin, C., Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences* 43, 637-646.
- Sowislo, J.F., Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin* 139, 213-240.
- Stenzel, N., Krumm, S., Hartwich-Tersek, J., Beisel, S., Rief, W. (2013). Psychiatric Comorbidity is Associated with Increased Skill Deficits. *Clin Psychol Psychother* 20, 501-512.
- Stenzel, N., Krumm, S., Rief, W. (2010). Treatment Planning in Psychotherapy by Use of the Operationalized Skills Assessment Inventory: Evaluation in a Clinical Sample. *Verhaltenstherapie* 20, 109-117.

SKILLS AND DISABILITY

16

Stenzel, N., Rief, W. (2011). Operationalisierte Fertigkeitsdiagnostik zur Therapieplanung.

Klinische Diagnostik und Evaluation 4, 111-132.

van Ginkel, J.R., van der Ark, L.A. (2005). SPSS syntax for missing value imputation in test and questionnaire data. *Applied Psychological Measurement* 29, 152-153.

WHO, 1980. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29., 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.

Wittchen, H.U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Hogrefe, Göttingen.

SKILLS AND DISABILITY

17

Table 1

Characteristics of the total sample (N = 269)

	Number	%
Age <i>M (SD)</i>	42.81 (12.14)	
Sex		
Female	181	67.3
Male	88	32.7
Marital status		
Unmarried	114	42.4
Married	119	44.2
Divorced, widowed	36	13.4
Years of education		
9	73	27.1
10	77	28.6
12 and more	115	42.8
No graduation	4	1.5
Primary diagnosis		
Affective disorder	187	69.5
Anxiety disorder	49	18.2
Somatoform disorder	33	12.3
Number of diagnoses		
1	107	39.8
2 and more	162	60.2

SKILLS AND DISABILITY

18

Table 2

Prediction of disability at pre-treatment (PDI_{pre}) by general psychopathology and skill levels at pre-treatment ($N=269$).

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Step 1			
Constant	2.48	.24	
GSI_{pre}	2.03	.19	.56***
Step 2			
Constant	4.08	.91	
GSI_{pre}	1.71	.22	.47***
Problem Solving _{pre}	-.07	.17	-.03
Emotion Regulation _{pre}	-.09	.21	-.03
Social Competence _{pre}	.57	.21	.19**
Stress Management _{pre}	-.50	.16	-.19**
Relaxation Ability _{pre}	-.15	.16	-.06
Self-Esteem _{pre}	-.39	.23	-.14
Self-Efficacy _{pre}	.15	.25	.05

Note. $R^2 = .31$ for Step 1 ($p < .001$). $\Delta R^2 = .06$ for Step 2 ($p < .05$).

PDI = Pain disability index, GSI = Global Severity Index of SCL-90-R.

*** $p < .001$, ** $p < .01$.

SKILLS AND DISABILITY

19

Table 3

Overview of sample characteristics, in-patients (N = 174)

	Number	%
Age <i>M (SD)</i>	45.25 (10.90)	
Sex		
Female	117	67.2
Male	57	32.8
Marital status		
Unmarried	55	31.6
Married	90	51.7
Divorced, widowed	29	16.7
Years of education		
9	57	32.8
10	48	27.6
12 and more	69	39.7
Primary diagnosis		
Affective disorder	124	71.3
Anxiety disorder	27	15.5
Somatoform disorder	23	13.2
Number of diagnoses		
1	75	43.1
2 and more	99	56.9

SKILLS AND DISABILITY

20

Table 4

Means and standard deviations of skills at pre- and post-therapy and results of repeated measures MANOVA (N = 130)

Variable	<u>Pre</u>	<u>Post</u>	<i>t</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Problem Solving	3.11 (.72)	3.65 (.63)	-9.80***
Emotion Regulation	3.03 (.69)	3.44 (.70)	-7.00***
Social Competence	3.52 (.58)	3.94 (.55)	-7.94***
Stress Management	2.85 (.75)	3.53 (.75)	-9.85***
Relaxation Ability	3.01(.73)	3.46 (.73)	-7.58***
Self-Esteem	3.41 (.68)	3.78 (.61)	-7.00***
Self-Efficacy	3.329 (.58)	3.67 (.59)	-7.65***

Note. GSI = Global Severity Index of SCL-90-R, PDI = Pain Disability Index.

*** $p < .001$.

SKILLS AND DISABILITY

21

Table 5

Prediction of disability at post-treatment (PDI_{post}) by improvements in general psychopathology and skill levels ($N=123$).

Predictor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Step 1			
Constant	.49	.44	
PDI_{pre}	.57	.08	.52***
Step 2			
Constant	.70	.38	
PDI_{pre}	.70	.08	.64***
$GSI_{post-pre}$	1.92	.28	.46***
Step 3			
Constant	1.00	.38	
PDI_{pre}	.70	.07	.64***
$GSI_{post-pre}$.76	.36	.18*
Problem Solving _{post-pre}	-.09	.23	-.03
Emotion Regulation _{post-pre}	-.03	.24	-.01
Social Competence _{post-pre}	.07	.29	.02
Stress Management _{post-pre}	-.37	.20	-.14
Relaxation Ability _{post-pre}	-.28	.25	-.09
Self-Esteem _{post-pre}	-.61	.28	-.17*
Self-Efficacy _{post-pre}	-.51	.32	-.14

Note. $R^2 = .25$ for Step 1 ($p < .001$). $\Delta R^2 = .20$ for Step 2 ($p < .001$). $\Delta R^2 = .05$ for Step 3 ($p < .01$).

PDI = Pain Disability Index, GSI = Global Severity Index of SCL-90-R.

*** $p < .001$. * $p < .05$.

Anhang E: Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich meine Dissertation mit dem Titel

„Über die Relevanz transdiagnostischer Fertigkeiten“

selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderer als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat bisher keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Pohlheim, 01.April 2014

Mareike Hofmann